This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

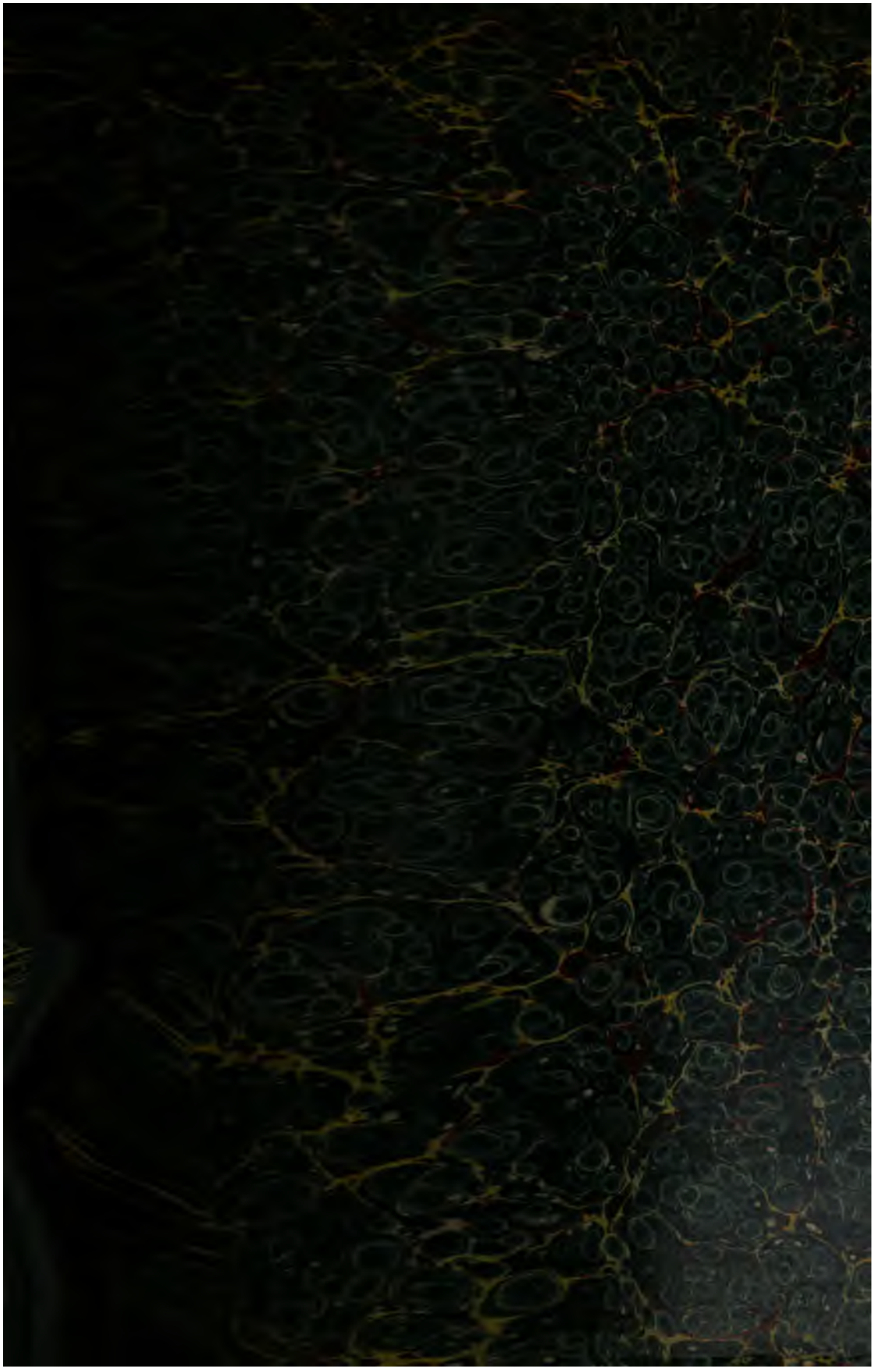
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FVNDATA
MDCCCLXII
EX DONO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

DREIUNDVIERZIGSTER BAND.

1906.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 6 TAFELN UND 2 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1906.

BOSTON MEDICAL
JUN 10 1907
LIBRARY

CATALOGUED
JUN 10 1907
E. H. B.

Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25, Borgfelderstr. 28.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Über das Verhältnis des Entwicklungszyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen Krankheitsstadien, von Fr. Krzysztalowicz und Michal Siedlecki 1

Ergebnisse der Untersuchungen an Mastzellen der Haut, von Schwenter-Trachsler 47. 114

Eine neue Eigenschaft der Hornsubstanz, von L. Golodetz 109

Beiträge zur Pigmentfrage, von Meirowsky 155

*Eine neue Methode der Haarimplantation, von Josef Kapp 169

Die Dariersche Krankheit (sog. Psorospermosis follicularis vegetans), von Felix Malinowski 209

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud, von J. Preuss 271. 342. 376. 470. 549

Über Cylindroma epitheliale, von R. Polland 279

*Ein neuer Pinselapparat zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica anterior, von Leo Leistikow 284

Über einige Tropenkrankheiten der Haut, von Oscar Henggeler. II. Tinea imbricata 325

Experimente über die Resorption durch die Haut, von Sulton 371

*Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae, von J. Löblowitz 381

Ein Fall von Erythema perstans faciei (Erysipelas perstans faciei Kaposi), von K. Kreibich 443

Über Purpura senilis. Klinische und histologische Studie von Pasini 451

Purpura annularis telangiectodes, von Alfred Brandweiner 529

Über eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut, von E. Constantin und M. Boyreau 544

Der gegenwärtige Stand der Phototherapie, von Ferdinand Winkler 617

Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene, von D. C. Doswald und D. K. Kreibich 634

Zur Radiumbehandlung des Lupus, von P. Wichmann 687

*Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. J. Löblowitz: Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae, von Oscar Ehrmann 692

*Ein altbewährter Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae, von Wilh. Böttger 693

*Bemerkung auf Dr. Löblowitz' Artikel, von Franz v. Veress 695

Versammlungen.

Seite
Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 12. 72. 644
— — — — von A. Beer ... 171
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer ... 224
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Ludwig Moberg 386
IX. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Bern. Originalbericht von Fr. E. Hopf ... 433. 477
Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn ... 492
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan ... 556. 696
15. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Lissabon. Sektion Dermatologie und Syphilographie. Bericht von Adolf de Mendonia ... 557

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis ... 18. 122. 290. 558. 642
Dermatologisches Centralblatt ... 16. 74. 346. 562
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases ... 16. 240. 648
Journal of cutaneous diseases including Syphilis ... 19. 81. 125. 242. 646. 698
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie ... 28. 83. 244. 568. 700
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane ... 73. 493
Monatsberichte für Urologie ... 75. 239. 347. 566. 644
The British Journal of Dermatology ... 78. 242. 567. 645. 698
La Syphilis ... 84. 127. 350
Lepra ... 125. 562
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie ... 127. 499. 575. 702
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 172
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 173
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques ... 176. 250
Dermatologische Zeitschrift ... 237. 286. 496. 567
Annales des maladies des organes génito-urinaires ... 246. 292. 569. 649
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 295. 349. 497. 572. 652. 700
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes ... 296. 574. 653
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene ... 348. 495. 563. 697
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle ... 351. 498
Annales des Maladies vénériennes ... 406. 571. 650
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma ... 574
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie ... 655

Bücherbesprechungen.

Die Prostitution vom Standpunkte der Sozialhygiene aus betrachtet, von Max Gruber ... 129
Über Lepra und Fischnahrung, von Jonathan Hutchinson ... 177
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк ... 178
Rétif de la Bretonne. Der Mensch, der Schriftsteller, der Reformator, von Eugen Dühren ... 179
Die in der Bindehaut durch Entzündung hervorgerufenen Veränderungen, von M. S. Mayou ... 180
Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. I. Das gleichgeschlechtliche Leben der Kulturvölker. — Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten: Chinesen, Japaner, Koreer, von F. Karsch-Haack ... 180
Geschlechtsübergänge (Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere, sexuelle Zwischenstufen), von Magnus Hirschfeld ... 251

Seite

Handbuch der praktischen Medizin, von W. Ebstein u. J. Schwalbe. II. Band: Die Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Die venerischen Krankheiten 252
Über den sogenannten Weichselzopf, von Wladyslaw Neumann 298
Weiteres über die Weichselzopfkrankheit, von Wladyslaw Neumann 300
Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten, von E. Jacobi 300
Ikonographia dermatologica, Band I, Tafel 1—8, von Albert Neisser und Eduard Jacobi 300
Die Syphilis des Auges und seiner Adnexe, von Felix Terrien 411
Lehrbuch der Intoxikationen, von Rudolf Kobert 411
Repetitorium der Chemie, von Carl Arnold 412
Das Problem der Syphilis und kritische Betrachtungen über ihre Behandlung, von O. Rosenbach 576
Experimentelle Syphilisprophylaxe, von Paul Maisonneuve 655
Haarschwund und Glatze, ihre Verhütung und Behandlung, von M. Meyer 656
Hygienische Reformgedanken auf biologischer Grundlage, von Bachmann 657
Medizinalkalender für das Jahr 1907, von Wehmer 703
Beitrag zur Kenntnis der Darmsyphilis, von S. de Mendoza 703
Der Einfluſs der Menstruation auf gewisse Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley 704
Über die Beziehungen von Haut- zu inneren Erkrankungen, von L. Duncan Bulkley 705
Handbuch der Physiologie des Menschen, von W. Nagel 707
Die hereditäre Syphilis und die syphilitische Heredität, von Paul Louis Gastou 707
Hautkrankheiten und Sexualität, von Max Marcuse 709

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Wieweit werden die Schutzfunktionen der Haut durch künstliche Bedeckungen verändert? von W. Kenneth Wills 17
Über Fettsekretion von seiten der Knäueldrüsen, von Lombardo 351
Talgdrüsenansammlung auf der Nase von Föten und Neugeborenen, von Galewsky 441
Glykogen in der Haut, von Brunner 492
Intraepidermale, unter der Hornschicht gelegene Talgdrüsen, von Pasini 499
Untersuchungen über den Ursprung der Plasmazellen, von E. Veratti 657
Untersuchungen über die Rassenunterschiede der menschlichen Kopfhaare, von J. Frédéric 658
Der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis bei Sauriern und Krokodilen, von F. Krauss 659
Zur Kenntnis der Hautfarbe der Neger, von Frédéric 659
Die Verteilung der peripheren Nerven in der Haut, von Max von Frey 660
Über den Einfluſs der peripheren Nerven auf die Wärmeregulierung durch die Hautgefäſse, von N. Zwonitzky 660
Beitrag zur Messung der Hauttemperatur, von Eduard Weiss 661
Die histologischen Veränderungen der Haut nach Kältewirkung mit besonderer Berücksichtigung der feinen Details im Regenerationsprozeſs des Epithels, von Podvysosky und Pirone 661

Mikroskopie.

Eine Aufklebemethode für Paraffin- und Celloidinserien, sowie für Hautschuppen, von Alfred Kraus 125
Zur Färbung glatter Muskelfasern, von Edmund Saalfeld 558

Seite

Bakteriologie.

Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustand, von Leon Karwacki ... 127. 499. 575
Zur Spirochätenfärbung im Syphilisgewebe, von T. Tanaka ... 655
Reinkultur des Spirillum gallinarum, von C. Levaditi ... 661
Über eine bessere Darstellungsart der Spirochaeta pallida im Ausstrich, von E. Hoffmann und A. Halle ... 662
Imprägnierung der Spirochäten in Schnitten mit Argentum nitricum, von M. G. Z. Petresco ... 662
Neue schnelle Methode zur Färbung der Spirochäten in Schnitten, von Levaditi und Manouélian ... 662
Der mikroskopische Nachweis von Spirochaeta pallida, von C. Preis ... 662
Über morphologische Veränderungen an Spirochäten, von W. Krienitz ... 663
Untersuchungen über die Balanitis- und Mundspirochäten, von Erich Hoffmann und S. v. Prowazek ... 663
Zur Kenntnis der Mundspirochäten, von Waldemar Löwenthal ... 664
Über Diplococcus intracellularis meningitidis und seine Beziehungen zu den Gonokokken, von W. G. Ruppel ... 664
Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken, von C. Bruck ... 664
Über die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Fadenpilze, von Ludwig Essinger ... 665

Hygiene.

Venerische Prophylaxe für Männer, von Edm. J. Bernart ... 17
Aufklärung, ein Hauptpunkt bei der Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Denslov Lewis ... 18
Bericht über die Tätigkeit der französischen Gesellschaft für soziale und moralische Prophylaxe, von E. L. Keyser ... 23
Das neue Frauenmerkblatt ... 172
Sexuelle Selbstdisziplin, von E. L. Keyes ... 172
Öffentliche Häuser in Rufsland, von Karl Nötzel ... 173. 174
Die guten Sitten und der Bordellverkauf, von Martin Bruck ... 174
Onanie in der Schule, deren Folgen und Bekämpfung, von R. Thomalla ... 174
Die eheliche Hygiene bei den Hindus, von Charles Valentino ... 249
Über die Rolle des Soldaten bei der Verbreitung venerischer Krankheiten ... 296
Die Hygiene der Haut und des Haarwuchses, von Jacquet ... 349. 408
Die Mindestkosten der Behandlung der arbeitsfähigen männlichen Geschlechtskranken in der Krankenversicherungs-Praxis, von L. Eisenstadt ... 394. 495
Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski ... 395
Entwurf zu einem Gesetz betreffend die zu ergreifenden Mafsregeln bei jungen Minorennen, welche sich gewohnheitsmäfsig der Prostitution ergeben, in der von dem Redaktionskomitee der extraparlamentarischen Kommission der Sittenkontrolle angenommenen Fassung, von L. Butte ... 407
Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen, von C. Ries ... 564
Das Vergehen der Infizierung in der Beurteilung der extra-parlamentarischen Kommission für Sittenfragen ... 573
Diskussion über den Bericht über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der französischen Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften auf dem Kongrefs zu Lyon im August 1905, von Carle ... 651
Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose, von Spillmann ... 665
Über einige mit den Spermathanaton-Pastillen gemachte Erfahrungen, von R. Braun ... 665
Über öffentliche und private Gelegenheiten zum Händewaschen und deren gesundheitliche Notwendigkeit, von Hopf ... 665
Die in einer grofsen modernen Schule zur Abhaltung zweier Epidemien getroffenen Mafsnahmen, von Louis Rénon und M. Chaillou ... 666

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme desquamativum, davon der eine verbunden mit Purpura, mit Erörterung der zugrunde liegenden Konstitutionsbedingungen, von Philip King Brown ... 18

Seite

Die Oberflächenspannung des Urins bei der Syphilis, der Blennorrhoe und bei einigen Hautkrankheiten, von C. Combélèran 28
Über die Wärmeregulation bei universellen Hautkrankheiten, von Paul Linser 124
Strichförmige Hauterkrankungen, von L. Fischel 238
Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermato-Pathologie, von A. Blaschko 298. 410
Die Rolle der Konsanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen, von C. Adrian 346
30jähriger Mann zur Diagnose, von Jacobi 440
Erythema induratum Bazin, von Grouven 440
Schicksal von Paraffinprothesen, von Heidingsfeld 484
Einfluſs ultravioletter Strahlen auf den Blutfarbstoff. von Linser 490
Über Tuberosis cutis pruriginosa, von Hans Hübner 559
Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermatopathologie, von Blaschko 574
Die Ernährungsstörungen der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen in den Hirnhemisphären der Tiere, besonders der Kaninchen und Tauben, von Campana 574
Die Injektionen von Tuberkulin (antea) in das Rückenmark von Meerschweinchen, von Campana 575
Interessante Beobachtungen während des Jahreskurses 1905—1906, von Grossmann 653
Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen, von P. Minassia 654
Über eine schuppende, pigmentierte kreisrunde Hautaffektion, von J. Toyama . 655
Hauttalg und Diät, von Georg Rosenfeld 666
Störungen in der Ernährung und Harnausscheidung bei diathesischen Hautkrankheiten (Ekzem und Psoriasis), von E. François Danville 667
Die Beteiligung stehengebliebener Drüsen- und Haarbalgreste an der Epidermisierung bei Defekten der Epitheldecke, von von Voss 667
Über die Modifikation der Haut und die subkutanen Drüsen in der Umgebung der Mund- und der Nasenöffnungen, die Formationes parorales und paranaricae der Haussäugetiere, von Bodo Kormann 667
Der Einfluſs des Geschlechtslebens der Tiere, insbesondere der Vögel auf die Epidermoidalgebilde der Haut, von Karl Wilhelm Ohler 668
Zur Ausscheidung von Mikrobien durch die Schweiſsdrüsen, von Conrad Brunner 668
Ausscheidung von Bakterien durch die Schweiſsdrüsen, von Wrede 668
Die Pathologie der Hautkrankheiten — in der Vergangenheit und in der Gegenwart, von G. Sims Woodhead 669
Über den jetzigen Stand der Frage nach den Erregern der Geschlechtskrankheiten, von von Brunn 669
Hautveränderungen infolge von Autointoxikation während der Schwangerschaft, von P. L. J. Baudéant 669
Über den Haarausfall nach fieberhaften Krankheiten, von Felix Pinkus 669
Einiges über den Zusammenhang zwischen inneren Krankheiten und Augenerkrankungen, von Felix Höring 669
Die Rolle der Heredität in der Ätiologie der Neurofibrome, Fibromata mollusca, Elephantiasis congenita, von Ernst Lange 671
Ist die Blastemlehre Rokitanskys berechtigt oder nicht? von Moritz Benedikt 672
Der Ursprung und die Natur der Blutplättchen, von James Homer Wright . 672
Die kleinzellige Infiltration der Haut, von Ernst Gebert 672
Über die Cytologie der durch Vesikantien hervorgerufenen Flüssigkeit und deren diagnostischer Wert, von R. Telatizky 673
Über die Rolle der Leukocyten bei der Resorption und der Fortschaffung des Quecksilbers, von Louis Cuisinier 673
Einwirkung des Erysipels auf Tumoren, von Hanna Kappes 673
Quecksilber und Schleimhaut. Die lokale Hydrargyrose. Eine klinische Studie nach Aachener Erfahrungen, von Carl Schuhmacher II 673
Eisen- und Kalkimprägnation in menschlichen Geweben, insbesondere den elastischen Fasern, von S. Ehrlich 674
Neue Untersuchungen über die quantitative Aufnahme organischer Nitrokörper durch die Haut, von Ludwig Müller 675
Über Jodipinresorption, von Helmuth Peters 675
Die Frage der Resorption und Durchgängigkeit der intakten äuſseren Haut des Menschen, von Otto Gerke 675

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Seite

Physikalische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten, von A. D. Rockwell 18
Die therapeutische Anwendung der X-Strahlen in der Dermatologie, von Oscar E. Bloch 19
Einige Beobachtungen von einem Besuch im Kopenhagener Finsen-Institut, von John A. Fordyce 21
Einige Bemerkungen zu einem Besuch in Christiania und Bergen, von John A Fordyce 22
Beobachtungen über den Gebrauch der X-Strahlen in der Dermatologie, von Henry W. Stelwagon 25
Zur Kenntnis des Stypticins, von M. Freund 73
Technisches zur Röntgentherapie. I. Parallele Funkenstrecke, Milliampèremeter. II. Kabelspanner. III. Beleuchtungsschirm, von L. Görl 288
Die Lassarsche Zinkpaste in der Veterinärmedizin, von Goldbeck 289
Über das Schicksal subcutan injizierter Substanzen, insbesondere des Paraffins, von K. Sakurane 291
Arsen und Sublimat bei Infektionskrankheiten, von Cremer 394
Thionol, ein neues geruchloses Ichthyolpräparat von Shimoyama, beschrieben von K. Dohi 399
Über ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, von Jullien 408
Die Lichtbehandlung des Lupus in der Klinik des Hôpital Saint-Louis, von A. Chatin 409
Therapeutische Mitteilungen, von Edmund Saalfeld 558
Über Atoxyl mit besonderer Berücksichtigung des biologischen Arsennachweises bei dessen Anwendung, von Karl Oplatek 559
Therapeutische Mitteilungen aus der Hautkrankenabteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt am Main, von Karl Herxheimer 644
Die opsonische Behandlung mancher Hautkrankheiten, von George Pernet und J. Lemare Bunch 646. 698
Pigmentierung der Kopf- und Barthaare durch Röntgenstrahlen, von A. Imbert und H. Marquée 652
Nasenbluten und Purpura infolge von Jodgebrauch, von Grossmann 654
Zur Behandlung von Hautkrankheiten, von Max Marcuse 676
Über die Behandlung der Verdauungsstörungen und der infantilen Toxidermiten mit Buttermilch, von Moliner 676
Über die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heifsen Bädern, von R. Richter 676
Ichthyolbäder in der dermatologischen Therapie, von Ch. Du Bois 676
Über Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut und der Geschlechtsorgane, von Karl Ullmann 677
Die Anwendung der Hyperämie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker, von Karl Grube 677
Erfahrungen über Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen, von G. Nordmann 677
Zur Orientierung des praktischen Arztes über die Anwendung und Erfolge der Stauungshyperämie, von Ernst Venus 678
Quecksilberwasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut, von Kromayer 678
Phototherapie; Radiotherapie, von Paul François 679
Beiträge zur Radiometrie. von Ernst Eitner 680
Die Durchdringungsfähigkeit der blauen und gelben Lichtstrahlen durch tierische Gewebe, von W. Lenkei 680
Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe, von Anton Thies 681
Röntgenbehandlung und Röntgendermatitis, von Leopold Freund 681
Die Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von J. Leidner 682
Demonstration von Resultaten nach Röntgenbehandlung, von Lehmann 683
Eine Vereinfachung der gebräuchlichen Hauttransplantationstechnik, von John Egerton Cameadey 683
Über die Wundbehandlung nach Transplantationen, von Weischer 683
Exstirpation des Penis mit Resektion des Skrotum, von P. Janssen 683
Zur Wertbestimmung des Adrenalins 710

Seite
Über meine Erfahrungen mit Arhovin, von Adolf Erdös 710
Die Nebenwirkungen der Balsamica, von H. Vieth 710
Der therapeutische Wert der Chrysophansäure in der Dermatologie, von Charles James Fox 710
Über Eusulfinseife und ihre Anwendung bei Hautkrankheiten, von Goliner 711
Antiseptischer Wert des Hetralins im Vergleich mit dem des Urotropins bei infektiösen Prozessen der Harnwege, von Ramón Fernández de Caleya y del Amo 711
Einige Beobachtungen über Hetralin, von Willi Mick 711
Über eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln, von Emil Fischer 711
Praktische Erfahrungen mit Sajodin, von Kurt Roscher 712
Über das Sajodin, von Lublinski 712
Sajodin, ein neues Jodpräparat, von Kazimierz Habicht 712
Über die Verwendung des Jothion, von Max Berliner 712
Über Jodopyrin, seine Wirkung und Anwendungsweise, von Paul Haink 712
Weitere Erfahrungen mit dem Lenicet, insbesondere dem 10%igen Lenicet-Vaselin, von Dietrich Amende 712
Über Phenyform, ein neues antiseptisches Streupulver, von Adolf Schuftan .. 713
Über Quecksilber als Heilmittel, von R. Kaufmann 713
Über die feine Lokalisation des Quecksilbers im Organismus, von Conti und Zaccola 713
Beiträge zum Studium der Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus, von Ch. A. Davidescu 714
Über schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen, von G. Hirsch 714
Ein neuer Apparat für Quecksilberfumigationen, von Daccò 714
Die lokale anästhesierende Wirkung von Stovain, von D. Mc Kenzie 715
Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Sublimat, von R. Bellantoni 715
Zur externen Behandlung Hautkranker, von Michael Steiner 715
Das Thigenol in der Therapie der Hautkrankheiten und der Blennorrhoe, von A. Arman 715
Über Zinkonal, von Arth. Jordan 715

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Eine genuine Pellegra im Oberinntale, von L. Merk 29
Über Pellagra, von E. Neusser 30
Urticaria chronica recidivans, von Oppenheim 226
Experimentelle Studie über einige Fälle von Urticaria, von W. Erasmus Paramore 242. 400
Urticaria chronica, von Finger 477
Über sporadische Pellagra bei einer 30jährigen Frau, von Balvey 558
Über Pellagra mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ungarn, von Franz v. Veress 560
Urticaria depressa, von Hans Vörner 567
Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten, besonders in Beziehung auf gewisse Angioneurosen, von S. Ernest Dore 567. 646. 698
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter, von Anselm Lehle .. 716
Pathologische Assoziationen bei Raynaudscher Krankheit, von Valentin Calonne 716
Ein Fall von angioneurotischem Oedem, von H. Morgenbesser 716
Über einen Fall wechselseitigen Auftretens von angioneurotischem Ödem und Migräne, von Richard Otto 716
Angioneurotisches Ödem, von W. H. Lowman 717
Ichthyol zur Behandlung von angioneurotischem Ödem, von F. C. Forster 717
Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von C. A. P. Truman 717
Über einen Fall von akutem umschriebenen Ödem bei Tabes dorsalis, von Kürbitz 717
Ein Fall von traumatischem Ödem, von F. Köhler 717
Über Hydrops toxicus, von H. Quincke 718
Arzneiexantheme, von A. Pardo Regidor 718

Seite

Histobakteriologische Untersuchungen und klinische Betrachtungen über einen Fall von infektiöser Toxidermitis, von Galletta ... 718
Über Eruptionen nach Injektionen von Diphtherieserum, von Georges Clavel. 718
Exantheme nach Seruminjektionen, von G. Théodoroff ... 718
Über einen Fall von akutem Bromexanthem bei Morbus Basedowii, von Uhlich 718
Über die Giftwirkung einiger Stämme von Aspergillus fumigatus und Penicillium glaucum nebst einigen Bemerkungen über Pellagra, von M. Otto ... 719
Beitrag zum Stoffwechsel der Pellagrösen, von V. L. Camurri ... 719
Der hochfrequente Strom bei Erythema papulatum, von A. Gregor ... 719
Angina und Erythem, von W. Lublinski ... 719
Durch Chinin hervorgerufene fixe, pigmentierte, erythematös-blasige Eruption, von G. Joanitzescu und Pop Avramescu ... 720
Das Exanthem bei Meningitis cerebrospinalis, von A. K. Chalmers ... 720
Der Ausschlag bei Meningitis cerebrospinalis, von W. Weight ... 720
Pemphigoides Erythem merkuriellen Ursprungs, von Lévy Franckel ... 720
Über Allgemeininfektionen durch den Bacillus pyocyaneus, von Eugen Fränkel 721
Dermatitis venenata-Vergiftung mit Rhus Toxicodendron, von E. S. McKee ... 721
Hämophilie bei Neugeborenen nebst Bericht über einen derartigen Fall, von R. C. Larrabee ... 721
Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis, von Fritz Meyer und Werner Neumann ... 722
Die Behandlung von Purpura und Hämophilie, von John W. Coe ... 722
Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von Louis A. Levison ... 722
Purpura rheumatica und gastrointestinale Störungen, von Glafira Kissileff ... 722
Über Purpura rheumatica. Gastrointestinale Störungen bei dieser Affektion. Ihre Rolle und pathogenetische Bedeutung, von Jean Bertrand Adone ... 722
Purpura im Verein mit Arthritis und visceralen Affektionen, von A. F. Elliott 722
Purpura haemorrhagica während der Rekonvalescenz nach Scharlach, von A. G. Banks ... 723
Purpura haemorrhagica und Tuberculosis, von R. Beusaude und L. Rivet ... 723
Purpura haemorrhagica und Tuberculosis chronica, von Léopold Robert ... 723
Ein Beitrag zur Ätiologie der Purpura haemorrhagica (Werlhofsche Krankheit), von Wilhelm Grüter ... 723
Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit ungewöhnlichem Ausgang, von Wilhelm Engelhard ... 724
Ein Fall von Schönleinscher Purpura, von E. C. B. Ibotson ... 724
Ein Fall von Henochscher Purpura, von J. A. N. Longley ... 724
Kinderskorbut. Bericht von 50 Fällen und ihrer Behandlung, von John Lovett Morse ... 724
Skorbut bei Säuglingen, von G. F. Still ... 725
Zur Kenntnis des Skorbuts, von H. Senator ... 725
Zur Kenntnis der durch die Pest verursachten Hautläsionen, von Carlos França ... 725
Gangrän der Finger nach Einnehmen von Ergotin, von W. J. S. McKay ... 725

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Die Behandlung von Intertrigo bei Kindern, von Frederick L. Wachenheim 18
Der akute postoperative Decubitus in der Gynäkologie, von Dominique Jolieu 30
Zur Kenntnis der akuten und chronischen Decubitusformen bei Dementia paralytica, von Georges Saillant ... 30
Die Behandlung des eingewachsenen Nagels, von Max Cohn ... 30
Leukoplast bei Wundreiten und Wundlaufen, von Schultes ... 31
Verbrennung (einschl. Blitzschlag) und Erfrierung, von Sonnenburg ... 31
Über die Behandlung von Brandwunden mit Zinkperhydrol, von Robert Jacoby 31
Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes, von A. Helsted ... 31
Über Psychopathien nach Verbrennungen, von Georges Martin ... 32
Über Duodenalgeschwüre nach Hautverbrennungen, von Hermann Schweihofer ... 32
Ein Fall von schwerer Verbrühung und Gangrän beider unteren Extremitäten, von Adam Anspach ... 32

Seite

Die Behandlung von Verbrennungen und Hautüberpflanzung, von Haldor Sneve 32
Hauttransplantation nach italienischer Methode wegen fehlerhafter Narbenbildung an den Fingern infolge einer Verbrennung, von A. Broca 32
Über schwere Gangrän der Bauchdecken infolge lokaler Eisapplikation und das Zustandekommen derartiger Veränderungen im Tierversuch, von Walter Müller 33
Über bleibende Hautveränderungen nach Radiumbestrahlung und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung der Becquerelstrahlen, von H. E. Schmidt 33
Über die örtliche Wirkung des Benqué-Balsams bei Mückenstichen, von Erich Harnack 33
Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa 33
Über das Vorkommen von Polierekzemen bei Bleistiftarbeitern, von Wilh. Glauning 34
Über Karbolgangrän und lokalen Karbolismus, von Alfred Schröder 34
Karbolsäureverbrennung. Günstige Wirkung von Alkohol trotz später Anwendung, von T. J. Swisher 34
Karbolgangrän, von Gaston Cotte 34
Über einen Fall von Karbolnekrose und über Experimente zur Feststellung der Dosis, welche genügt, diese Veränderung der Haut zu erzeugen, von Richard Ramshorn 34
Über artifizielle Dermatitis durch den Gebrauch eines Haarfärbemittels, von Carl Bohač 35
Gewebsnekrose (Eschara) nach Hg-Injektionen, von Alexandriski 35
Röntgenulcus, von Ehrmann 231
Bromakne, von Mucha 236
Bromakne, von Zumbusch 236
Arsenkeratose, von Neisser 483
Bullöse Eruption artifizieller Erzeugung, von Dreyer 642
Blaseneruption, artifizieller Erzeugung, von Hollstein 642
Behandlung von Dermatitis nach Röntgenbestrahlung, von L. H. Harris 726
Calciumsalze bei Pernionen, von G. A. Stephens 726
Calciumsalze bei Pernionen und anderen serösen Hämorrhagien, von R. Hingston Fox 726
Über Dermatitis und Primula obconica, von Victor Pelanz 726
Über Raupenausschlag, von J. C. Thresh 726
Tödliche Dermatitis nach Anwendung von Scillablättern als Volksheilmittel bei einer Verbrennung, von Moritz Mayer 727
Akutes heftiges Ekzem nach Jodvasogengebrauch, von O. Heine 727
Ein Fall von Karbolgangrän des linken Zeigefingers, von R. Goulard 727
Zur Kasuistik der Karbolgangrän, von Paul Möckel 727
Über Lippen- resp. Mundwasserekzeme, von Galewsky 728
Über Hautausschläge nach dem Gebrauch von Tannin, von Hermann Krölls . 728

II. Neurotische.

Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung, von F. R. M. Berger 14
Ein Fall von Prurigo Hebra, von Edward Pisko 18
Epidermolysis bullosa und die angeborene Abwesenheit elastischen Gewebes, von M. F. Engman und W. H. Mook 24
Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen, neurotischen Hautgangrän, von Róna 36
Über hysterische Hautgangrän, von J. Le Gall 36
Ulcera cutanea bei Hysterie, von Ernst Dultz 36
Zur Kasuistik des Malum perforans pedis mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Anlage, von Fritz Titschack 37
Über Herpes simplex recidivans mit atypischer Lokalisation, von L. Török 37
Über Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme), von Emil Glas 37
Ein Fall von Erythema multiforme, von A. Garceau 37
Ein Fall von Erythromelalgie, von W. Löbl 37
Über fehlerhafte Ernährung als Ursache der kindlichen Prurigo, von J. Beguinot 37
Ätiologie, Diagnose und Therapie der Prurigo beim Kinde, von Hector Bardin 37

Seite

Über einen Fall von primärem Sarkom der Leber mit einer Form von symptomatischer Prurigo, von Salvini ... 37
Prurigo, von Jeanselme ... 37
Dermatitis herpetiformis, von Roscher ... 72
Kurze Bemerkung über die verminderte Phagocyteneigenschaft der eosinophilen Blutzellen in einem Falle von Dermatitis herpetiformis, von F. G. Bushnell und Winkelried Williams ... 79
Über Meralgia paraesthetica, von James C. White ... 80
Vorläufige Mitteilung über die Anwesenheit von Indican im Urin bei Dermatitis herpetiformis, von F. Engman ... 83
Epidermolysis traumatica congenita, von Ullmann ... 226
Epidermolysis bullosa, von Swoboda ... 235
Herpes zoster gangraenosus, von Gellis ... 235
Behandlung des Herpes zoster mittels trockener Schröpfköpfe, von M. Leale ... 296
Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson), von S. Ehrmann ... 297
Chronisches, rezidivierendes, juckendes, multiformes Erythema, von Afzelius ... 390
Circumskripte Cutis anserina, von Felix Pinkus ... 392
Erythema perstans, von Galewsky ... 441
Neurodermite disseminée oder Prurigo diathésique Besnier ... 477
Dermatitis herpetiformis, von Cohn ... 483
Dermatitis herpetiformis und Arsenkeratose, von Cohn ... 483
Dermatitis herpetiformis, von Jadassohn ... 490
Neuropathische Hautentzündungen, von Kreibich ... 490
Über die Epidermolysis bullosa hereditaria (Dermoepidermolyse), von Bosellini. 498
Bullöse und gangränöse Trophoneurose, von Grofsmann ... 653
Beitrag zur Klinik und Histologie der Epidermolysis bullosa congenita, von Petrini de Galatz ... 702
Zwei Fälle von Epidermolysis bullosa, von Agnes F. Savill ... 728
Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von Fritz Grimm ... 729
Zur Spätwirkung der Nervendehnung beim Malum perforans pedis, von Betagh 729
Malum perforans buccale tabeticum, von René Henry ... 729
Ein Fall von Herpes des Oesophagus, von Arthur Holub ... 729
Motorische Komplikationen bei Herpes zoster, von A. W. Hewlett ... 729
Pruritus als Initialerscheinung des Herpes zoster, von Bettmann ... 729
Rezidivierender Herpes gestationis, von C. A. D. Bryan ... 730
Zwei Fälle von Herpes zoster bei Tabes dorsalis, von Hermann August Alefeld ... 730
Beitrag zur Kasuistik der Erythromelalgie, von Ury ... 730
Ein Fall von Erythromelalgie, von A. Pospelow ... 730
Zur Ätiologie der Prurigo, von Ludwig Steiner und Hans Vörner ... 730

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Diagnose und Behandlung der Pocken, von Archibald Leitch ... 17
Das prodromale Varicellenerythem, von Henry G. Anthony ... 24
Der Wert der Inkubationszeit bei der Diagnose der akuten Exantheme des Kindes, von A. Hand ... 33
Die infektiösen Erytheme, von E. Detot ... 38
Einige hygienische Betrachtungen in bezug auf eine in der Bretagne beobachtete Scharlachepidemie, von Maurice Le Foll ... 38
Die Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprozefs, von G. Jochmann ... 38
Die Protozoen des Scharlachfiebers, von Charles W. Duval ... 39
Scharlachansteckung durch offene Wunden, von Charles Herrman ... 40
Milch und Charlach, von Alice Hamilton ... 40
Über sogenannte return cases bei Scharlach, von Sörensen ... 40
Beitrag zum Studium der Scharlachrezidive, von N. Henry ... 40
Über Scharlachrezidive, von Erich Beck ... 40

Seite

Fälle von Scharlachrezidiv, von E. J. Slade-King 40
Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach, von Leopold Bleibtreu..... 41
Von der sogenannten Scarlatina chirurgica, von G. Máthé 41
Scarlatina ambulatoria, von J. M. Fortescue-Brickdale 41
Über Scharlach-Otitis, von F. B. Sprague 41
Die Bakteriologie des Ohren- und Nasensekrets bei Scharlach und anderen Krankheiten, von C. J. Lewis 42
Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluſs an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oberen Luftwegen, von Georg Bernhardt..... 42
Komplikationen bei Scarlatina, von W. Hunter 42
Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus, von Oskar Groſs..... 43
Über transitorische Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach, von P. V. Jezierski 43
Beitrag zur Kenntnis der Scharlach-Nephritis, von Johannes Venzke..... 43
Ätiologie und Präventivbehandlung der Scharlach-Nephritis, von H. Löwenburg 43
Über Nephritis bei Scharlach, von Heinrich Reichel 44
Über den therapeutischen Wert des Urotropins mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten, von Julius Conrath..... 45
Die Behandlung des Scharlachs, von G. Rauzier..... 45
Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe, von Campe 45
Über den Einfluſs des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welche im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurden, von Cnopf..... 45
Über den Stand der Moserschen Serotherapie des Scharlach in Rußland, von A. Hippels..... 46
Zur Serumtherapie des Scharlachs, von C. Zuppinger 87
Über das Moserschе Scharlachserum, von Rudolf Bukowski 88
Zur Serumtherapie des Scharlachs, von W. K. Menschikoff..... 88
Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum, von O. Garlipp 89
Über die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs, von Béla Schick 89
Bericht über eine Masernepidemie in Mexiko, von Bernard L. Wyatt 90
Die Inkubation der Masern, von G. v. Genersich..... 90
Klinische Blutuntersuchungen bei Masern, Scharlach und Varicellen, von Franz Erben..... 90
Masern ohne Exanthem, von Ludwig Merk..... 91
Fälle von Rezidiv bei Masern, von R. G. Leach..... 91
Ein Masernfall mit abnormalem Verlaufe, von Hrach..... 92
Über Morbilli und Diphtherie, von Hellstroem..... 92
Ein Beitrag zur Ätiologie der Otitis media acuta suppurativa post Morbillos, von Gustav Baar..... 92
Masern und Schwangerschaft, von J. R. Nouvat..... 92
Zur Prophylaxis der Masernkomplikationen, von Pinna 93
Ein Fall von Masern im Puerperium, von M. Campbell..... 93
Die Röteln, von Augustin Saillant..... 93
Zur Kenntnis des Erythema infectiosum, von Julius Fleischer..... 93
Einige Fälle von Megalerythema epidemicum, von André Moussous 93
Über die vierte (Filatow-Dukessche) Krankheit, von Mouch..... 94
Einige Fälle der fünften Krankheit, von E. de la Harpe..... 94
Beitrag zur Kenntnis des Typhus exanthematicus. Bemerkungen über einige in Tunis beobachtete Fälle, von F. Roberto Franco 94
Vier Fälle von Flecktyphus, von A. Marcovich..... 94
Histologie der Hautveränderungen bei Varizellen, von E. E. Tyzzer 95
Ein Fall von konfluierenden Schafblattern mit sekundärem Fieber, von J. D. Rolleston..... 95
Varicella gangraenosa, von R. J. Blackham..... 96
Die Behandlung der Spitzpocken mit Ichthyol, von Andrew Love 96
Epidemiologisches: Pocken und Cholera, von H. Böing 96
Geschichte der Pockenepidemie im Charitékrankenhaus zu Lille im Jahre 1902 bis 1903. Bemerkungen und klinische Tatsachen, von G. G. N. Taconnet 96
Kurze Bemerkungen über die Luftübertragung der Pocken, von Claude B. Ker 97

Seite

Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine, von Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins ... 97
Über die diagnostische und ätiologische Bedeutung der Variolakörperchen, von Jürgens ... 97
Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola, von P. Schrumpf ... 99
Über den „Abscès de fixation" in der Therapie der schweren Variola, von F. J. F. Coste ... 99
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1904, von L. Stumpf ... 99
Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe, von H. de Waele und E. Sugg ... 100
Über das Auftreten der Vaccinekörperchen bei Revaccination, von Paschen ... 100
Die Gefahren der Kuhpockenimpfung auf den Oberarm, von E. Chaumier ... 100
Die Anwendungsweise des Gesetzes der Zwangsimpfung in Frankreich, von Fortuné Mazel ... 100
Über einen bei den Massenimpfungen einzuführenden Verband, von E. Levy und W. Sorgius ... 101
Abnorm lokalisierte Vaccine, von M. E. Paul ... 101
Untersuchungen über den Vaccineerreger, von Heribert Hauser ... 101
Beitrag zur Frage des Impfschutzes und der Schulhygiene, von Leonhard Voigt ... 101
Sind die Vaccineerreger Spirochäten? von A. Carini ... 101
Experimentalstudien über Variola und Vaccinia bei Vierhändern, von Walter R. Brinkerhoff und E. E. Tyzzer, und mit einer Einführung von W. J. Councilman ... 102
Vaccina generalisata, von Afzelius ... 386
Über originäre Kuhpocken beim Menschen, von E. Vollmer ... 642
Studie über 300 Scharlachfälle, welche im Hospital des Enfants-Malades im Jahre 1908 zur Beobachtung kamen, von Léonard de Saint Paul ... 731
Über das Vorkommen von Scharlach im Kanton Zürich in den Jahren 1884 bis 1902, mit besonderer Berücksichtigung der in die medizinische Klinik aufgenommenen Kranken, von Regina Kahane ... 731
Beobachtungen über Scharlach, von Anna Koulakovsky ... 731

b) Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Was wird über Lepra und Syphilis in der Bibel, dem Talmud und dem Evangelium gesprochen? von H. Higier ... 102
Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra? Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre des Aussatzes, von Ernst v. Bassewitz ... 102
Eine klinische Studie über Lepra ophthalmica, von K. Grossmann ... 102
Ein Fall von Lepra bei einem Europäer, von J. H. P. Graham ... 103
Ein Fall geheilter Lepra maculo-tuberosa, von Neumann ... 103
Die Leprosorien, speziell Lothringens, von E. Roth ... 103
Lepra in Neu Süd-Wales im Jahre 1904, von A. Thompson ... 104
Die Lepra auf den Philippinen, deren Behandlung mit X-Strahlen, von Brookman Wilkinson ... 104
Die Ausbreitung und Bekämpfung des Aussatzes, von M. Kirchner ... 105
Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen, von O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz ... 105
Über die Pathologie und Therapie der Lepra, von P. G. Unna ... 125
Lepra maculo-tuberosa, von Zumbusch ... 227
Lepra, von Zumbusch ... 227
Lepra maculosa, von Zumbusch ... 227
Mundaffektionen bei Lepra, von Kren ... 231
Lepra maculo-anaesthetica, von Jadassohn ... 484
Über die Heredität der Lepra, von Zambaco-Pascha ... 557
Die Lepra auf der Insel Ösel. Eine epidemiologische Untersuchung, von S. Talwik 562

Seite

Geistesstörungen bei Lepra. Mit Berücksichtigung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprösen, von v. Beurmann 563
Bericht des Kreisarztes Medizinalrat Dr. Urbanowicz über Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen, angestellt durch O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz 567

β. *Tuberkulose.*

Die Röntgenstrahlenbehandlung von Lupus, von Ennion G. Williams 19
Drei Fälle von Hauttuberkulose mit ungewöhnlichen Erscheinungen, geheilt mit X-Strahlenbehandlung, von Frank B. Wynn 19
Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von J. B. Shelmise 24
Hauttuberkulose, von Heuck 72
Die tuberkulösen Drüsenschwellungen im Kindesalter 105
Zur Diagnose der Skrophulotuberkulose im frühen Kindesalter, von M. Bialky. 106
Beitrag zur Kenntnis des Lupus im Kindesalter. Über einen auf dem linken Vorderarm lokalisierten, mit Schwefelbädern und Liquor Van-Swieten behandelten Fall, von Charles Henri 106
Klinische Studie über die Wechselbeziehungen zwischen peritonitischer Tuberkulose und genitaler Tuberkulose beim Weibe, von André Leuret 106
Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, von Gustav Bärmann und Ludwig Halberstaedter 106
Die Pseudotuberkelbazillen bei der Diagnose der Tuberkulose, von D. Mezincescu 107
Über Lupus vulgaris postexanthematicus, von Franz v. Veress 107
Über sekundäre Inokulation der Haut durch tuberkulöse, subcutane oder tiefere Herde, von Emanuel Némorin 107
Ein seltener Fall von Tuberculosis inoculationis, von A. Huber 107
Über die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen, von Gustav Mingramm 107
Primäres tuberkulöses Geschwür der Zunge, von Provera 107
Mischinfektion von Syphilis und Lupus, von Adevoat-Louis Longin 107
Über die Anwendung des 10%igen Jodipins bei skrophulösen Erkrankungen, von Thaddäus Weclewski 107
Zur chirurgischen Behandlung des Lupus, Exzision und Autoplastik mittels grofser Lappen, von Jules Jaquot 108
Die Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris, von James W. Hunter 129
Die „Lichttherapie" bei Lupus vulgaris, von M. A. Morris 130
Über die Phototherapie des Lupus vulgaris im Hospital Sankt Göran, Stockholm, von Magnus Möller 130
Ein technischer Beitrag zur Finsentherapie nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung, von Paul Wichmann 131
Eine neue, kombinierte Heilmethode bei Lupus, von F. Bloebaum 131
Über kombinierte Behandlung des Lupus, von H. Strebel 131
Die Behandlung der Hauttuberkulose (Lupus vulgaris und erythemathodes), von Jeanselme 132
Behandlung von Lupus vulgaris mit Aesculin in Verbindung mit Finsenlicht, von G. H. Graham 132
Lichen scrophulosorum, von Brandweiner 225
Tuberkulid, von Winkler 225
Tuberkulid, von Pick 225
Tuberkulöses Ulcus an der Unterlippe, von Kren 227
Ulcus tuberculosum serpiginosum, von Kren 227
Tuberkulose der Zunge, von Kren 227
Tuberkulose der Lippen, von Kren 227
Lichen scrophulosorum, von Nobl 235
Die Heilanstalt für Lupuskranke in Wien, von René Martial 296
Behandlung des Lupus vulgaris mit Alttuberkulin Koch, von Leredde 298
Das Tuberkulin als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel, von R. Cranston Low 298
Tuberkulide, von Sandman 386
Lupus, von Sandman 386
Leichentuberkel, von Sandman 387
Lupus, von Sandman 387

Seite

Leichentuberkel, von Almkwist ... 388
Lupus vulgaris, von Sandman ... 388
Lupus, von Moberg ... 388
Papulo-nekrotische Tuberkulide, von Moberg ... 388
Tuberkulide, von Clason ... 390
Lupus, von Sandman ... 391
20 Fälle von Nierentuberkulose, von S. Akutsu ... 399
Über die Diagnose der Blasentuberkulose, von S. Akutsu ... 399
Studie über die Verallgemeinerung der Tuberkulinanwendung, von M'Call Anderson ... 410
Narben von Tuberkuliden, von Jadassohn ... 477
Lichen scrophulosorum, von Jadassohn ... 477
Papulo-nekrotische Tuberkulide, von Jadassohn ... 478
Lupus, von Jadassohn ... 483
Lupus pernio perstans Besnier, von Lewandowsky ... 483
Lupus pernio, von Bloch ... 483
Lupus mutilans, von Jadassohn ... 484
Lupus vulgaris mit totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, von Jadassohn ... 490
Zwei Fälle von tuberkulösem Fungus verrucosus, von Jadassohn ... 490
Tuberkelbazillenkulturen, von Lewandowsky ... 491
Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn auf Grund statistischer Daten, von Huber ... 491
Zum Nachweis der bazillären Ätiologie der Folliclis, von Carl Leiner und Fritz Spieler ... 560
Grofsfleckiges Hauterythem mit Atrophodermie bei einem Tuberkulösen, von J. Nicolas und M. Favre ... 568
Über Röntgentherapie beim Lupus vulgaris, von F. Gidon ... 572
Bläschenförmige tuberkuloide Eruption, von Terzaghi ... 575
Hauttuberkulose, von Campana ... 575
Lupus follicularis, von Held ... 641
Über tumorbildenden Lupus, von Wilhelm Heuck ... 642
Beitrag zur Frage der Sarkoide (Boeck), respektive der subcutanen nodulären Tuberkulide (Darier), von Max Winkler ... 574. 654
Tuberculosis cutis, von Licharew ... 696

γ. *Syphilis.*

Der Einfluſs der väterlichen Vererbung auf Erbsyphilis, von August Ravogli. 16
Bericht über zwei Fälle von Syphilis, von G. Morgan Muren ... 17
Syphilisdiagnose und -Behandlung, von Earle F. Moody ... 18
Psoriasis palmaris syphilitica, von J. Philip Kanoky ... 18
Ein Fall von Reinfektion der Syphilis, von James Brew ... 18
Der Einfluſs der Syphilis auf Gesundheit und langes Leben, von J. K. Graham 18
Eine Lanze für den Gebrauch löslicher Quecksilberpräparate bei der Syphilisbehandlung vom Munde aus, von Hermann G. Klotz ... 19
Bericht über einen Fall von Hirnsyphilis, von John A. Fordyce ... 20
Entwickelung der syphilitischen Initialläsion oder einander folgender syphilitischer Schanker, von Robert W. Taylor ... 21
Affenimpfungen mit Syphilis und Spirochaeta pallida, von Hoffmann ... 72
Erythemformen bei Syphilis, von Hoffmann ... 72
Ulceröse Frühlues und Zuckergehalt des Urins, von Roscher ... 72
Starke Pigmentierung bei lange unbehandelter Syphilis, von Roscher ... 72
Zerstörung des Penis, von Roscher ... 72
Lebende Spirochaeta pallida, von Roscher ... 72
Beitrag zur Kenntnis der gummösen Nasensyphilis, von W. Anton Lieven ... 74
Einige klinische Betrachtungen über Syphilis, von Robert B. Wild ... 78
Vorlesungen über Syphilis aus der Mittwochs-Poliklinik, von Gaucher ... 84
Gumma, von Gaucher ... 84
Leukoplakia lingualis und Carcinom, von Gaucher ... 84
Quecksilberexanthem, von Gaucher ... 84
Ulcerierte Frostbeulen und hereditäre Syphilis, von Gaucher ... 84
Hereditäre Syphilis, von Gaucher ... 84

Seite

Syphilitische Albuminurie, von Gaucher ... 84
Ostitis luetica, von Gaucher ... 84
Syphilis und Diabetes, von Gaucher ... 84
Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica, von Gaucher ... 84
Gangränöser Schanker, von Gaucher ... 84
Multiple Gummata, von Gaucher ... 84
Extragenitale Schanker, von Gaucher ... 84
Tuberkulose und Syphilis, von Gaucher ... 84
Stomatitis mercurialis, von Gaucher ... 85
Erworbene Syphilis bei einem Hereditär-Luetischen, von Gaucher ... 85
Leukoplakia lingualis, von Gaucher ... 85
Konzeptionelle Syphilis, von Gaucher ... 85
Hereditäre Knochensyphilis, von Gaucher ... 85
Spät auftretende Sekundärerscheinungen, von Gaucher ... 85
Syphilisrezidiv, von Gaucher ... 85
Hysterie, Neurasthenie und Syphilis, von Gaucher ... 85
Syphilis hereditaria, von Gaucher ... 85
Iritis luetica recidiva, von Gaucher ... 85
Syphilis acneiforme und Ostitis, von Gaucher ... 85
Tabes, von Gaucher ... 85
Syphilis maligna praecox, von Gaucher ... 85
Akute Syphilis, von Gaucher ... 86
Syphilis hereditaria tarda, von Gaucher ... 86
Leukoplakia lingualis, von Gaucher ... 86
Lymphangitis gummosa, von Gaucher ... 86
Osteo-Periostitis gummosa, von Gaucher ... 86
Beitrag zum Studium der Injektionen mit wässerigen Lösungen von Hydrargyrum bijodatum, von Barthélemy und Lévy ... 86
Über Spirochaeta pallida Schaudinn als Erreger der Syphilis, von Georges Thibierge ... 86
Ein neuer Grund des Irrtums in der Untersuchung der Syphilis bei den Allgemeinparalytikern, von L. Marchand ... 87
Über ein Anreicherungsverfahren für gewisse Spirochätenarten mit Bemerkungen zu ihrer Biologie, von Alfred Kraus ... 125
Intramuskuläre Injektionen bei der Behandlung der Syphilis und der Gebrauch von Hydrargyrum sozojodolicum, von Alexander Garceau ... 127
Untersuchungen über die Übertragung der Syphilis auf die Affen, von A. Neisser ... 127
Behandlung hereditärer Syphilis bei Neugeborenen, von L. Jullien ... 127
Über die Autoinokulation des syphilitischen Schankers, von Georges Quentin 132
Über sukzessive syphilitische Schanker, von G. Sabaréanu ... 133
Die Differentialdiagnose des syphilitischen Schankers, von Thibierge ... 133
Über Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochäten, von Kowalewski 133
Über extragenital akquirierte Primäraffekte an Kinn, Wangen, Ohren, behaartem Kopf und Stirn und anschliefsend daran ein Fall von Initialsklerose an der rechten Wange, von Richard Otto Lurz ... 133
Über Heifsluftkauterisation des Ulcus durum, von Walter Hafemann ... 134
Über die Bedeutung der Syphilis in der internen Medizin, von Friedrich Pineles ... 134
Ist die Syphilis eine schwerere Krankheit als der Tripper? von Alex Doctor . 135
Der heutige Stand der Syphiliserkenntnis, von van Niessen ... 135
Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem, von F. B. Solger ... 137
Beitrag zur Frage der direkten Kontagiosität des Sperma Tertiärsyphilitischer, von C. Horváth ... 138
Die Übertragung der Syphilis durch Ärzte, von D. W. Montgomery ... 138
Ein Fall von Syphilis im Anschlufs an den Bifs eines Menschen, von J. G. Mac Naughton ... 138
Mütterliche Syphilis, von Geo. S. Whiteside ... 138
Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder, von Leopold Glück ... 138
Die Entwicklung der Lungentuberkulose bei den Syphilitikern, von Louis Rénon 139
Die tuberkulo-syphilitische Symbiose der Nase, von Lete ... 139
Die Ätiologie der Syphilis, von Simon Flexner ... 139

Seite

Über die Atiologie der Syphilis, von Anton Weichselbaum 140
Die Proliferierungszentren der Syphilis und die Spirochaeta pallida, von G. Z. Petresco 140
Zur Ätiologie, Pathologie und experimentellen Therapie der Syphilis, von R. Kraus 140
Zur ätiologischen Therapie der Syphilis, von Ludwig Spitzer 141. 207. 438
Versuche über aktive Immunisierung bei Lues, von Alfred Brandweiner 141
Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. A. Brandweiner: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues", von R. Kraus 142
Erwiderung auf Herrn Dr Kraus' Bemerkungen zu dem Aufsatze: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues", von A. Brandweiner 142
Untersuchungen über Syphilis an Affen, von E. Finger und K. Landsteiner 142
Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von A. Neisser 143
Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen, von W. Schulze 144
Über Erzeugung sekundärer Impfsyphilis, von Siegel 145
Über die Syphilismikrobien, von Mühlmann 145
Über Cytorrhyctes luis Siegel, von R. Freund 145
Bemerkung zu der Mitteilung von Prof. L. Merk „Über den Cytorrhyctes luis (Siegel)", von Ludwig Waelsch 146
Über Cytorrhyctenbefunde, von Jancke 146
Der Cytorrhyktes luis (Siegel), von Schulze 146. 147
Cytorrhyctes oder Spirochaeta pallida? Bericht von Kurt Steindorf 148
Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis, von J. Siegel 148
Vorläufige Mitteilung über Cytorrhyctes luis (Siegel) und Spirochaeta pallida, von A. Maclennan 149
Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere, von Wechselmann 149
Spirochaeta, Spironema oder Spirillum? von Curt Thesing 149
Spirochaeta pallida und die Syphilis, von Curt Thesing 149
Erwiderung auf den Angriff des Herrn Dr. Thesing, betreffend meine Arbeit: „Spirochäten bei Syphilis", von Grouven 150
Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Karl Herxheimer 150
Übergehen der Spirochaeta pallida in die Flüssigkeit künstlich erzeugter Hautblasen, von C. Levaditi und G. Z. Petresco 150
Über Spirochaeta pallida, von G. Sobernheim und E. Tomaszewski 150
Giemsas Methode der Färbung der Spirochaeta pallida, von Leonard K. Hirschberg 151
Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Antonio Fanoni 151
Über die Spirochaeta pallida, von Conrad Siebert 151
Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Fritz Schaudinn 152
Über die Spirochaeta pallida, von Erich Hoffmann 153
Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis, von Karl Flügel 153
Von der Spirochaeta pallida, von S. Róna und C. Preis 153
Impferfolge an Affen, von Hoffmann 171
Spirochaeta pallida, von Beer 172
Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Quecksilber-Salicyl-Arsenat, von H. Hallopeau 176
Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei akquirierter und kongenitaler Syphilis, von de Souza und F. Gilberto Pereira 182
Spirochaeta pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria, von A. Brönnum und V. Ellermann 182
Noch einiges über die Spirochaeta pallida, von Franz Weitlauer 182
Spirochätenbefunde bei Syphilis, von M. v. Csiky 183
Über Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten, von Moritz Oppenheim und Otto Sachs 183
Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Roscher 183
Spirochaeta pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken, von Erich Hoffmann 184
Über den Bau der Spirochaeta pallida, von K. Herxheimer und Löser 184
Die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Antonio Fanoni 185
Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn, von B. Lipschütz ... 185
Über die Struktur und Entwicklung der Spirochaeta pallida Schaudinn, von Fr. Krzysztalowicz und M. Siedlecki 185

Seite

Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida, von Wesley E. Taylor und Edgar G. Ballenger ... 186
Der Einfluß der Quecksilberbehandlung und speziell der Sublimateinspritzungen auf die Spirochaeta pallida Schaudinns, von G. Ionanitzescu und P. Galaschescu ... 187
Die Spirochaeta pallida, von Charles Herrmann ... 187
Spirochaeta pallida, von S. Blum ... 187
Spirochaeta pallida und Syphilis, von Roscher ... 187
Über die Lagerung der Spirochaeta pallida im Gewebe, von A. Buschke und W. Fischer ... 187
Die Spirochaeta pallida Schaudinn, von Thibierge ... 188
Über Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen spezieller Art, von R. Blanchard ... 188
Die Spirochaeta pallida im Blute der Syphilitiker, von L. Nattan-Larrier und André Bergeron ... 188
Die bei der Syphilis anzutreffenden Spirochäten, von R. C. Rosenberger ... 188
Spirochaeta pallida Schaudinn, von Jan T. Lenartowicz ... 188
Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe, von V. Mucha und G. Scherber ... 188
Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (Kraus-Spitzer). Spirochätenbefunde, von K. Kreibich ... 189
Beitrag zur Kenntnis der Spirochäten, von Waldemar Loewenthal ... 189
Die Spirochaeta pallida bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung von Goldhorns Schnellfärbung, von George M. Mac Kee ... 189
Über Spirochätenbefunde im syphilitisch erkrankten Gewebe, von A. Blaschko 189
Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn bei Syphilis, von E. Bertarelli, G. Volpino und R. Bovero ... 190
Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues, von Reischauer ... 190
Angeborene Syphilis und Spirochaeta pallida Schaudinn, von C. Levaditi ... 190
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis, von C. Beck 190
Über Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis, von V. Babes und J. Panca 190
Die Fälle von Syphilis hereditaria, welche im Kinderspital Zürich in den Jahren 1884—1904 behandelt worden sind, von Chaja Rubinstein ... 190
Über Reinfektion bei hereditärer Syphilis, von Rostaine ... 192
Über hereditäre Syphilis, von Robert W. Taylor ... 192
Häufigkeit der hereditären Syphilis, von H. Neumann und Ernst Oberwarth 193
Die Symptome der Syphilis hereditaria ohne Exanthem bei Säuglingen, von Josef Lernout ... 194
Einige Worte über die Diagnose der Lues hereditaria praecox, von Ludwig Rabek ... 194
Betrachtungen über die Spätformen der hereditären Syphilis, von R. R. Campbell 194
Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis, von Rudolf Kimla ... 194
Über Pankreasveränderungen bei Lues congenita, von Oscar Stoerk ... 197
Bericht über einen Fall von Lues hereditaria tarda, von Warfield ... 199
Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis, von Rudolf Oppenheimer ... 199
Hereditäre Syphilis und Typhus abdominalis, von J. D. Rolleston ... 200
Ein Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis, von August Kohl ... 200
Über Aortenerkrankung bei kongenitaler Syphilis, von C. Bruhns ... 201
Die Beziehungen der hereditären Knochensyphilis zur Osteïtis deformans (Paget), von L. A. A. Bridoux ... 201
Die ätiologischen Beziehungen der hereditären Syphilis zu den chronischen Encephalopathien in der Kindheit, von J. J. Meyer ... 201
Über okulare Paralysen hereditär-syphilitischen Ursprungs, von J. A. M. Guilliet 201
Incontinentia urinae et alvi bei hereditärer Spätsyphilis, von Marcel ... 201
Beitrag zum Studium der Arthropathien bei tardiver hereditärer Syphilis, von P. E. A. Saucet ... 202
Über ein eigenartiges als Spätform auftretendes Fleckensyphilid, von Heinrich Lübbers ... 202
Syphilitisches Fieber, von John A. Mekenna ... 202
Die erweichten idiopathischen Bubonen bei frischer Syphilis, von A. Gassmann 202
Ein Fall von Syphilis maligna, von Serenin ... 202
Die maligne Syphilis, von Jeanselme ... 203

Seite
Über Syphilis maligna, von Richard Bewersdorff 203
Ein Fall von totalem Nasen-Rachenverschluſs durch Lues maligna, von Ernst Vallentin 203
Über die Infektiosität des Gumma, von Zedlewski 203
Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der gummösen Syphilis, von Sowinski 204
Ein Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften tertiärsyphilitischen Organerkrankungen, von Wilhelm Sobernheim 204
Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung, von M. v. Zeifsl 205
Cylinderförmiges Syphilom der Harnröhre, von J. Joly 206
Über einen Fall von frühzeitiger syphilitischer Nephritis mit Hydroperikard, von Verrotti 207
Pigmentsyphilis, von Weidenfeld 225
Studien über Immunität bei Syphilis und bei der Vaccination gegen Variola, von R. Kraus 227
Spirochaeta pallida, von Nobl 230
Extragenitale Sklerose, von Nobl 231
Ausgebreitetes Syphilid, von Reines 231
Alopecia luetica und Leukoderma syphiliticum, von Kren 231
Syphilis serpiginosa papilliformis, von Pick 231
Superinfektion, Reinfektion und Immunität bei Syphilis, von Finger 232
Leukoderma syphiliticum, von Nobl 235
Lues condylomatosa, von Nobl 235
Spirochaeta pallida, von Ehrmann 236
Tuberoserpiginöses Syphilid, von Pick 236
Der diagnostische Wert der Triassymptome bei hereditärer Syphilis, von Ralph R. Campbell 240
Syphilis der Nase und des accessorischen Sinus, von Wm. Scheppegrell 240
Syphilitische Labyrintherkrankungen, von W. Sohier Boyant 240
Larynxsyphilis, von Max J. Schwerd 240
Komplikationen bei Hals- und Nasensyphilis, von Andrew B. Kirkpatrick 240
Die Diagnose von tertiärsyphilitischen Veränderungen im Pharynx, von Gilman Davis 241
Syphilitische Veränderungen des Auges, von W. K. Butler 241
Augensyphilis, von Richard Kalisch 241
Alopecia syphilitica, von August Ravogli 241
Beteiligung der Eltern bei der Übertragung der Syphilis, von S. Charles Mish 241
Die Diagnose der Hirnsyphilis, von Moses W. Hoge 241
Syphilis des Nervensystems, von C. C. Hersman 241
Syphilis bei den Negern, von Eugene R. Corson 241
Einfluſs der Syphilis auf Gesundheit und Lebensdauer, von J. H. Salisbury 241
Intramuskuläre Injektionen mit Hydrargyrum sozojodolicum in der Syphilistherapie, von Alexander Garceau 242
Der Schanker der Mandeln, von Louis Babut 250
Echinococcus cysticus multiplex der Leber. Recente Lues. Operation. Heilung, von Josef Tyrman 255
Die syphilitischen Geschwülste der Leber im Anschluſs an zwei in der Charité operierte Fälle, von Otto Eltester 255
Die syphilitische Osteoperiostitis, von Variot 255. 256
Symptome, Diagnostik und Behandlung der angeborenen und der erworbenen Knochensyphilis, von Mauclaire 255
Ein Fall von syphilitischer Daktylitis der Zehe, von Astley Paston Cooper 255
Tarsitis luetica, von Ischreyt 255
Syphilitische und hysterische Pseudoosteomalacie, von H. Schlesinger 255
Syphilis als Ursache von Gangrän, von Louis Jullien 256
Einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Syphilis der oberen Luftwege, von F. Semon 257
Tertiärsyphilitische Lippenerkrankung, von Dieulafoy 257
Die symmetrische kongenitale Faltenzunge, von Dagenneville 258
Leukoplakie und Syphilis, von Trapenard 258
Über einen Fall von geschwürig zerfallenem Gumma im Kehlkopf bei einem kongenitalsyphilitischen Kinde von sechs Monaten, von Paul Wiedel 258

Seite
Über tertiäre Kehlkopfsyphilis, von L. Revol ... 258
Ein kariöser Schneidezahn spontan aus luetischer Nase entfernt, von H. Beyer 258
Über Gelenksyphilis, von Charles Fouquet ... 258
Netzsyphilis, von F. A. H. Robert ... 259
Syphilis der Brustdrüse mit Erkrankung der Achsel- und Supraclaviculardrüsen, einen Brustkrebs vortäuschend, von Edwin Beer ... 259
Die syphilitische Stenose des Pylorus, von Cimoroni ... 259
Über Magensyphilis, von Georges Hagens ... 260
Lues des Magens, von Lenzmann ... 260
Beitrag zum Studium des syphilitischen Geschwüres am Collum uteri, von R. Passenaud ... 260
Über die Veränderungen des Blutes bei Syphilis in behandeltem und unbehandeltem Zustande, von Robert Trimbach ... 260
Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie, von Leo Hauck ... 261
Beiträge zur Syphilis der Blutgefäße, von Ernst Hasselbach ... 262
Ein Fall von Herzgummen mit plötzlichem Tod, von F. Goldfrank ... 262
Zur Frage der syphilitischen Aortitis, von Woloschin ... 262
Einige Betrachtungen über die Aortitis syphilitica, von Dieulafoy ... 263
Die Syphilis und die Veränderungen an der Aorta ... 263
Über Aortenaneurysmen und ihre Beziehungen zu Syphilis und Unfall, von O. Busse ... 263
Zwei Fälle von Aneurysma der Bauchaorta, von Fritz Knauff ... 263
Über Pariarteriitis nodosa, von M. Versé ... 264
Beiträge zur Pathologie der Arteria basilaris, von Saathoff ... 264
Erythromelie, von A. Zambianchi ... 264
Untersuchungen über die Häufigkeit und die Bedeutung der syphilitischen Pigmentationen des Halses im Verlaufe der Schwangerschaft, von M. Weill ... 264
Syphilitische Erkrankungen im Bereiche der hinteren Schädelgrube, von Th. Ziehen ... 264
Gehirntumor syphilitischen Ursprungs, von J. J. Singer ... 265
Frühzeitig auftretende Gehirnsyphilis bei einem Greise, von Léon Bernard ... 265
Neuere Beobachtungen über die Tabes. XV. Bericht, von P. J. Moebius ... 265
Die Pathogenese der Tabes (Theorien und Tatsachen), von Robert Bing ... 266
Ist Syphilis oder Quecksilber verantwortlich bei der Ätiologie der progressiven Paralyse und Tabes dorsalis, von O. L. Wolter ... 266
Kann durch entsprechende antisyphilitische Behandlung die Entstehung der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva verhindert werden? von K. v. Kétly ... 266
Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syphilitischen Spinalparalyse", von M. Nonne ... 266
Die progressive Paralyse und die Fournierschen protrahierten Quecksilberkuren. Die Gefahren der Methode, von R. Duhot ... 267
Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes, von Alfred Rosenstein ... 268
Die Verhütung der Syphilis, von Roux und Metschnikoff ... 268
Ein Vorschlag zur Therapie der Syphilis, von Max Kahane ... 269
Zur Topographie der Spirochaeta pallida in der krustös werdenden Papel, von S. Ehrmann ... 286
Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von F. R. M. Berger ... 287
Über Gummata des Gehirns, von M. Goldzieher ... 291
Die Syphilis auf dem Lande ... 296
Topographie der Spirochaeta pallida in den Geweben, von A. Buschke und W. Fischer ... 296
Beitrag zum Studium der Struktur und des Entwicklungszyklus der Spirochaeta pallida Schaudinn, von Fr. Krzysztalowicz und M. Siedlecki ... 296
Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis, von M. v. Zeifsl ... 301
Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis, von Leopold Glück ... 301
Ergänzende Bemerkungen bezüglich der Abortivbehandlung der Syphilis, von Duhot ... 302
Über die Abortivbehandlung der Syphilis durch sehr intensive Therapie, von Duhot 303
Die Behandlung der Syphilis bei den Tunesiern, von B. J. M. Peyronie ... 304
Über die Anwendung von Einreibungen mit Kaliseife und nachfolgenden Bädern nach der Kapesserschen Methode bei Lues, von Gielen ... 304

Seite

Erfahrungen bei Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen nach Welander, von Arpád Stenczel ... 304
Intramuskuläre Hg-Injektionen bei Syphilis, nebst einem Überblick über 3230 Fälle, von F. J. Lambkin ... 305
Einige Worte über die Behandlung der Syphilis mit grauem Öl, von L. Strominger ... 305
Wasseranwendungen bei Syphilis, die gegen Quecksilber allein refraktär ist, von Josef Rudnik ... 305
Behandlung der Syphilis mit Mineralwassern, von Soffiantini ... 305
Die Syphilis und die Schwefelwässer, von Privat ... 306
Intravenöse Jodkaliuminjektionen bei Syphilis, von Wilh. Doevenspeck ... 306
Soll man in der Syphilistherapie Jod weitergeben? von Pautrier ... 306
Über die lokale Behandlung der sekundären Syphilide der Schleimhäute mittels Methylenblau, von Auguste Arnal ... 306
Die Ziele der Syphilisforschung in bezug auf die Vererbungslehre, von F. B. Solger ... 346
Syphilis, Quecksilber und Schwefel, von A. Chatin ... 350
Ist die Syphilis heilbar? von Alfred Fournier ... 350
Stenose der Mitralis, Aortitis, Coronaritis und Tabes bei einer Syphilitischen, von Louis Rénon ... 350
Die syphilitischen Veränderungen der Placenta, von R. Stanziale ... 351
Nochmals über die Kontagiosität der tertiären syphilitischen Manifestationen, von Fanceschini ... 352
Hereditäre Lues, von Wiman ... 389
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis, von B. Eutz 393
Beiträge zur Spirochätenfrage, von Karl Löwy ... 393
Untersuchungen über Syphilis an Affen, von Ernest Finger ... 393
Über Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis, von Albert Dreyer 397
Die Biologie der Vererbung und ihre Bedeutung für die Syphilisforschung, von F. B. Solger ... 398
Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida und andere Spirochätenarten, von Erich Hoffmann ... 398
Die Länge des primären Inkubationsstadiums der Syphilis, von Abner Post ... 401
Syphilitische Affektionen des Anus und des Rectum, von Charles Chassuignac 402
Magensyphilis, von Richard F. Chase ... 402
Syphilis des Uvealtractus, von E. Oliver Belt ... 402
Primäre Ohrsyphilis, von W. Schier Bryane ... 402
Wirkung von Kleidung und Sonnenschein bei der Syphilisbehandlung, von George P. Crume ... 402
Rasseneigentümlichkeiten als Grund des Überwiegens der Syphilis bei Negern, von Daniel David Quillian ... 402
Syphilis und japanische Rasseneigentümlichkeiten und Gewohnheiten, von Albert J. Ashmead ... 403
Syphilis des Nervensystems, von E. C. Reyer ... 403
Syphilis der Neger; ein Beitrag zur Rassenfrage, von Thomas W. Murrell ... 403
Syphilis des Augenlids, von Edward Giles ... 403
Syphilis der Mundhöhle und des Pharynx, von Edward B. Gibbons ... 403
Die Diagnose von Gelenksyphilis bei Kindern, von Albert H. Freiberg ... 403
Hereditäre Syphilis des Anus und des Rectum, von Walter C. Howe ... 403
Syphilis des Nervensystems, von Charles Ad. Hitchcock ... 403
Syphilis und Langlebigkeit, von Leonhard Weber ... 403
Kongenitale (hereditäre) Syphilis, Louis Fischer ... 403
Syphilis des Auges, von John Welch Croskey ... 404
Einige wichtige Grundsätze bei der erfolgreichen Syphilisbehandlung, von C. F. Wahrer ... 404
Gehirnsyphilis, von S. D. Hopkins ... 404
Diagnose der Syphilis des Nervensystems, von H. D'Arcy Power ... 404
Prophylaktische Tracheotomie wegen Glottisödem auf syphilitischer Grundlage, von William Herbert Iroine ... 404
Über eitrige Osteititen und Osteo-Arthritiden der hereditären Syphilis tertiaria, von Gaucher ... 406
Über pathologische Histologie der hereditären Syphilis in bezug auf die Spirochaeta pallida, von C. Levaditi ... 406

Seite

Einige Betrachtungen über syphilitische Erscheinungen an den langen Knochen Neugeborener, von Léon Vallois 407
Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung, von Neisser 434. 442
Experimentelle Syphilisforschung, von Metschnikoff 436. 442
Syphilis- und Variola-Vaccineversuche an Affen, von R. Kraus und R. Volk.. 437
Mitteilungen über Syphilisimmunität, von Finger und Landsteiner..... 439
Versuche, Kaninchen durch Einbringung luetischen Materials im Auge zu infizieren, von Scherber und Benedek 439
Syphilisübertragung durch die Impfung, von Nobl..... 442
Positive Blutimpfungen, von Hoffmann 442
Derzeitiger Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis, von Hoffmann 478
Die Spirochaeta pallida, von Herxheimer..... 480
Die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur Lues maligna, von Herxheimer.. 480
Ergebnisse über die Atiologie der Syphilis, von Grouven..... 480
Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Ausstrich und im Gewebe, von Stein..... 481
Spirochätenfärbung im Gewebe, von Winkler..... 481
Experimentelle Syphilis bei Pavianen, von Zabolotny..... 481
Allgemeintherapie nach erhobenem Spirochätenbefund, von Jadassohn..... 482
Spirochätenbefunde bei Syphilis, von Hoffmann 484
Hereditäre Syphilis, von Jadassohn 484
Spirochäten im Gewebe bei Noma, Nosokomialgangrän, Ulcus gangraenosum und Lungenbrand, von Róna..... 485
Wie Urticaria aussehendes Syphilid, von Jadassohn 490
Über Aneurysmen in der Aorta von Kaninchen nach subcutaner Jodkaliumdarreichung, von Hedinger 491
Neuere Arbeiten über die Spirochaeta pallida. Bericht über das zweite Halbjahr nach der Entdeckung, von Hans Hübner 496
Behandlung der Syphilis in den Schwefelthermen, von Dresch 497
Die Syphilis und die Schwefelwasser, von Privat..... 497
Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg-Bibromid, von P. Poltavtzev..... 497
Einige neue Tatsachen in bezug auf experimentelle Syphilis, von Metschnikoff und Roux 497
Letzte Untersuchungen über die Ätiologie und die experimentelle Übertragung der Syphilis, von M. Mantegazza..... 498
Untersuchungen über die Spirochaeta pallida bei der erworbenen und hereditären Syphilis, von F. Radaeli..... 498
Einige Fälle ausgedehnter gummöser Affektionen am Gliede, von Zdzislaw Sowinski 499
Elimination des Quecksilbers, Enesol, von Bogrow 556
Syphilisüberimpfung auf Affen, von Tschlenow und Gabritschewsky..... 556
Über syphilitische Leukoplasie und ihre Behandlung, von Alfred Lévy-Bing 557
Über konzeptionelle Syphilis, von Barthélemy 557
Über einen Fall von Idiosynkrasie gegen salicylsaures Quecksilber, von Hallopeau 558
Über Syphilis des Verdauungstractus, von Saurez de Mendoza 558
Über rasche Vernarbung eines harten Schankers ohne Lokalbehandlung, von Silva Jones..... 558
Über Schwefelbäder bei Syphilis in Verbindung mit Injektionskuren, von George Dresch..... 558
Beobachtungen über Lues in Mexico, von Gonzales Urueña 558
Über Schwefelquellen und Syphilis, von Alfred Chatin..... 558
Weitere Mitteilungen über experimentelle Syphilis, von Elie Metschnikoff... 558
Über die Peri- und Endolymphangitis syphilitica, von S. Ehrmann..... 558
Extragenitale Primäraffekte, von O. Steinborn 564
Apoplexia hepatica im Verlauf der Syphilis, von E. Devic und L. Bériel..... 568
Kleinste syphilitische Schanker (Chancres nains) auf der Lippe und der Zunge, von Benjamin Bord..... 569
Über Pleuraerkrankungen in der Sekundärperiode der Syphilis, von Oettinger und Malloizel..... 571
Fünf Todesfälle infolge von Injektionen mit grauem Öl, von Octave Claude und Dobrovici..... 571

Seite

Ist Einreibung von Kalomelsalbe ein Präventivmittel gegen syphilitische Ansteckung? von A. Lévy-Bing 571
Ein Fall von eitriger Osteo-Periostitis bei einem Hereditärluetiker im Tertiärstadium, von A. Levy Fränckel 572
Über die Einführung von Quecksilber vom Mastdarm aus, von H. Malherbe .. 572
Pigmentverlust nach Syphilisimpfung, von Hoffmann 641
Spirochäten, von Hoffmann 641
Untersuchungen über Spirochaeta pallida, von Alfred Kraus 643
Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur kongenitalen Syphilis, von A. Buschke und W. Fischer 643
Die Entwicklung multipler, aufeinander folgender syphilitischer Veränderungen und die Pathologie der Syphilis, von Robert W. Taylor 646
Die modernen Ansichten über kongenitale Syphilis, von W. A. Newman Dorland 648
Syphilis des Nervensystems, von Uranus O. B. Wingate 648
Nasensyphilis, von Charles M. Robertson 648
Syphilitische Erscheinungen am Anus und Rektum, von John L. Jelks 648
Syphilitische Augenerkrankungen, von John A. Donovan 648
Rachensyphilis, von Harrison Griffin 648
Dauer und Heilungsmöglichkeit der Syphilis, von John A. Robison 648
Der Rassenfaktor in Beziehung auf das Vorherrschen der Syphilis unter den Einwohnern der Inseln unter dem Winde, von W. J. Branch 648
Primäre Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes, von John Noland Mackenzie 649
Symptome kongenitaler Syphilis im Kindesalter, von Alfred Hand 649
Augensyphilis, von Frank W. Miller 649
Kongenitale Syphilis; ihre Diagnose und Behandlung, von Theron Wendell Kilmer 649
Onychomalacia syphilitica, von Edmund Fournier 650
Beweise für die Entwicklung des Treponema pallidum im Körper der Menschen und der Menschenaffen, von Hallopeau 651
Über Kalomelsalbe, von Gaucher 652
Primäraffekt, auftretend 50 Tage nach einem Coitus, von Grossmann 653
Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin, von E. Ricklin 654
Stand der experimentellen Syphilis und die Ätiologie derselben, von Speranski 696
Die Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis congenita, von H. Simmonds 700
Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis, von E. Tomaszewski 700
Ist das Jod ein wirksames Mittel zur Behandlung der Syphilis? 700
Ein Fall von hereditärer Lebersyphilis, von M. Paschalis 703

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Dermatitis nodularis psoriasiformis, von Marcuse 13
Epidermiditis linearis migrans, von Eduard Kengsep 16
Die Anwendung von Röntgenstrahlen in der Behandlung der Acne vulgaris, von H. Rockwell Varney 18
Herpes tonsurans der Kopfhaut und des Bartes, von James M. King 19
Psoriasis, von Joseph Welfeld 19
Antirheumatische Behandlung der Schuppenflechte der Fingernägel, von A. S. Ashmead 20
Zur Behandlung der Ichthyosis, von George T. Jackson 22
Ein Fall von akutem septischem Pemphigus, von Geo W. Crary 24
Die Klassifikation der Blaseneruptionen, von John T. Bowen 26
Blaseneruptionen und ihre Klassifikation, von Edward Bennet Bronson 27
Ein Fall von Dermatomykose unbehaarter Stellen bei einem Manne, verursacht durch das Mikrosporon canis, von J. Nicolas und L. Lacomme 28
Psoriasis, von Hoffmann 72
Psoriasis, von Roscher 72
Mal perforant, von Roscher 72
Über Pityriasis rosea, von Douglas W. Montgomery 81

Seite

Über den Stoffwechsel bei den Dermatosen. Teil III. Der Harn der Psoriatiker, von L. Brocq und J. Ayrignac 83
Ein Beitrag zur Kenntnis ungewöhnlicher Keratosisformen, von C. Gutmann .. 123
Pemphigus vulgaris serpiginosus, von Leiner 224
Sycosis parasitaria profunda, von Reines 225
Trichophytia capillitii, von Ullmann 226
Pemphigus, von Mucha 226
Favus serpiginosus von Pick 227
Ichthyosis nitida, von Nobl 231
Pemphigus, von Zumbusch 231
Strophulus infantum, von Brandweiner 236
Pemphigus pruriginosus, von Zumbusch 236
Ichthyosis, von Zumbusch 236
Pemphigus der Mundschleimhaut, von Zumbusch 237
Die Radiotherapie des Ringworm am Spital St. Louis zu Paris, von R. Sabouraud 241
Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, mit dem autoptischen Befund, von Frank Hugh Montgomery und Peter Bassoe 243
Pemphigus vegetans, von A. Ravogli 244
Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis, von W. A. Nestorowsky 289
Über den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum, von Ernst Hedinger 290
Zum Wesen der Psorospermosis Darier, von K. Kreibich 291
Eine neue Methode der Behandlung der Akne, von Moochcowitz 295
Behandlung des Ekzems mittels einer Salbe, welche wirksame Bestandteile in Verbindung mit Campher enthält und in Aceton gelöst ist, von Griffon 296
Die Keratosis pilaris 307
Über symmetrische kongenitale hereditäre Keratose der Extremitäten, von J. Decroo 307
Die Röntgenbehandlung der Tinea tonsurans capitis, von G. Sichel 307
Über die Pityriasis rubra pilaris, von A. Reale 307
Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis, von Rudolf Hilbing 308
Die Psoriasis, von Jeanselme 308
Therapie der Psoriasis, von E. v. Düring 308
Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit photo-elektrischen Bädern, von Metscherski 309
Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Chrysorabindermasan, von Lengefeld 310
Über Leukoderma psoriaticum, von H. Assmy 310
Die Prinzipien der Ekzembehandlung, von Wlodzimierz Lukasiewicz 310
n über Pathologie und Therapie des Ekzems, von Felix Pinkus ... 311
Die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche, von F. Loeffler 311
Bericht über eine Reihe von Stomatitisfällen, von Jenks 312
Stomatitis und Impetigo contagiosa, von Cushing 312
Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten, von Th. Kugler 312
Zur Ätiologie des Pemphigus acutus neonatorum, von Tschuprina 313
Über den nicht syphilitischen Pemphigus der Säuglinge, von Georg Kien 313
Folliculitis staphylogenes vegetans, von Truffi 352
Neue Gesichtspunkte in der Behandlung der Akne, von E. Kromayer 353
Dariers Krankheit, von H. W. Mook 362
„Isolierter" Pemphigus der Schleimhäute, von Fritz Callomon 397
Ausgedehnter Ringworm mit Ulceration des Nabels, von James H. Sequeira. 400
Arsenik bei Pityriasis rubra pilaris (Devergie), von M. L. Heidingsfeld 401
Psoriasis papillomatosa, von Combéléran 409
Bemerkungen über Pathologie und Behandlung der Psoriasis, von Leredde 409
Generalisierte, exfoliierende Erythrodermie, von Cohn 441
Pemphigus successive à kystes épidermiques, von Nobl 441
Neurodermitisches Ekzem mit Asthma, von Jadassohn 477
Neue Ekzembehandlung mit flüssigem Asphalt, von Dind 478
Erythrodermie pityriasique Brocq, von Jadassohn 488
Pityriasis rubra pilaris, von Heuss 483
Eine Mikrosporie-Epidemie in den Schulen Basels, von His 483
Eine Mikrosporie-Epidemie in den Schulen Basels, von Bloch 484
Pityriasis rubra pilaris, von Cohn 490

Seite
Über den Zustand des Knochenmarks bei den Pemphiguskranken, von Truffi . 499
Über die Ursachen des Ekzems, von Hallopeau 557
Über Leukoplasie, von Milian 558
Über Pityriasis rubra pilaris, deren Therapie und pathologische Anatomie, von Heidingsfeld 558
Über Leukoplasie, von Max Joseph 558
Beitrag zur Klinik, Histologie und Pathogenese der Pityriasis rubra (Hebra), von Heinrich Kanitz 560
Heliotherapie der Psoriasis, von Max Joseph 562
Die Bedeutung des elektrischen Bades bei den verschiedenen Formen der Psoriasis, von J. J. Metscherski 573
Die Behandlung des Ekzema madidans in Mont-Dore, von R. Moncorgé 573
Über einen Fall von skarlatiniformer Hämatodermatitis, geheilt durch Gebrauch von Knochenmark, von Leredde 574
Über eine Schrift über den Pemphigus foliaceus, von Campana 574
Acne rosacea erythematosa infolge von reflektorischen Reizen, von Leonardo . 575
Leukokeratose der Zunge bei einem Psoriatiker, von Grossmann 654
Kreisförmiger oberflächlicher Favus der Epidermis, untermischt mit typischen Favusscutulis, über den ganzen Körper verbreitet, von Grossmann 654
Pityriasis rubra pilaris Devergie, von Brytschew 696
Ein Fall von Parakeratosis variegata, von Henry G. Anthony 698
Ein Fall von Übertragung einer Trichophytiasis des Damhirsches auf den Menschen, von G. Ceresole 701

b) Cutis.

Pigmentlose und atrophische Herde, lichenisierte Partien, von Pinkus 12
Erythrodermie bei Pseudoleukämie, von Wechselmann 13
Beiträge zur Frage der Hautveränderungen bei Pseudoleukämie, von Paul Linser 13
Ein Fall von Lichen planus mit Kombination zweier seltener Formen dieser Affektion, von H. J. F. Wallhauser 20
Die Behandlung von Schanker, Herpes und Krampfadergeschwüren mit hochfrequenten Strömen, von George M. MacKee 23
Ein Fall von unbestimmter tropischer Ulceration von Nase, Pharynx und Larynx sowie Beobachtungen ähnlicher Fälle in Oceanien, von John A. Fordyce und W. F. Arnold 23
Ulcus molle, gleichzeitige Anwendung von Kalomel und Jodkalium, von Roscher 72
Zwei Fälle multipler Tumoren der Haut bei Negern, mit Jucken verbunden, von Jay F. Schamberg und Rose Hirschler 80
Die Lebensgeschichte eines Falles von Mykosis fungoides, von George T. Jackson 81
Die Entwicklung eines Falles von Mykosis fungoides unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen, von Charles J. White und Frederick S. Burns 82
Zur Pathogenese der multiplen Abscesse im Säuglingsalter, von Felix Lewandowsky 123
Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus, von Otto Seifert 124
Ein Fall von chronischer Ulceration in der Scham- und Leistengegend, von S. Pollitzer 126
Bericht über zwei Fälle von Larva migrans mit spezieller Bezugnahme auf die Behandlung, von B. Hutchins 127
Beitrag zum Studium der Granulosis rubra nasi, von H. Hallopeau 176
Creeping disease, von Neumann 224
Lichen ruber planus, von Weidenfeld 225
Mykosis fungoides, von Spiegler 226
Lichen ruber planus, von Nobl 231. 235
Lichen ruber planus, von Oppenheim 235
Mykosis fungoides, von Zumbusch 236
Zur Lehre des Lichen ruber pemphigoides, von G. Trautmann 237
Die Behandlung von Lichen tropicus, von H. H. Fletcher 241
Mykosis fungoides oder Pseudoleukämia cutanea, von Francesco Radaeli 290
Über die Behandlung der vereiterten Bubonen, von G. Broese van Groenou. 298
Ein Fall von Rotz, von Louisa Woodcock 306
Behandlung der Aktinomykose und Blastomykose mit Kupfersalzen, von Arthur Dean Bevan 313

Seite

Ein Fall von Ainhum, von Cincinnatus Smith 314
Untersuchungen über Framboesia tropica (Yaws), von Aldo Castellani..... 314
Streptothrix Madurae, von N. Greco 314
Die Ätiologie der Noma, von Charles Hermann 314
Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen, von Zieler 315
Die Sporotrichose, von Louis Dor 315
Über subunguale und periunguale Panaritien und ihre Behandlung durch Entfernung des Nagels, von Eugène Henri Renou 316
Überblick über einige tropische Hautulcerationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie, von Richard B. Strong 316
Eine Serie von vier Fällen von Diphtherie der Haut, von R. Keelis und F. H. Jacob 316
Beitrag zur Lehre von der Hautdiphtherie, von E. Lack 316
Über Wärmebehandlung des Ulcus molle, von Eduard Welander 316
Über extragenitale Ulcera mollia, von Conrad Siebert 316
Bemerkungen zur Behandlung der Leistendrüsenadenitiden infolge von weichem Schanker, von Migliorini 317
Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen, von Richard Volk 317
Über Bubonenbehandlung, von Paul Richter 319
Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode, von Felix Moses 319
Der maligne Furunkel nach den Fällen der Leipziger chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Trendelenburg in den Jahren 1896—1904, von Hermann Nekwasil 319
Die innere Behandlung der Furunkulose 321
Furunkel des Ohres mit Lymphangitis, von A. Broca 321
Über günstige Beeinflussung eines Karbunkels durch Röntgenbestrahlung, von C. Evler 321
Gesichtsfurunkel — metastatische Eiterungen (subphrenischer Abscefs), von Paul Manasse 321
Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei Pustula maligna, von G. de Rosa... 322
Ein Fall von Holzphlegmone, von F. von Bönninghausen 322
Die Behandlung des Erysipels, von Bragagnolo 322
Anwendung des Mesotanvaselins, von J. Ruhemann 322
Serum von Behring und Erysipel, von Mastri 323
Zur Pirogoffschen Kampferbehandlung des Erysipels, von Mayer 323
Zur Therapie des Erysipels, von J. v. Kaczvinszky 323
Zusammenstellung aller im Laufe der letzten zehn Jahre auf den dermatologischen Abteilungen des Lemberger Allgemeinen Krankenhauses behandelten Fälle von Rotlauf nebst darauf begründeten allgemeinen und therapeutischen Bemerkungen, von Joseph Krzyszkowski 323
Über Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das Erysipel, von Ed. Stadler. 323
Über Erysipel, von David O. Hancock 324
Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Elephantiasis, von Ludwig Bolle 324
Ein Fall von erworbener Elephantiasis der Kopfschwarte, von Günther von Saar 352
Ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf, von Roscher 353
Ein seltener Fall eines streifenförmigen Lichen ruber planus, von Jacob Gumpert 353
Die Röntgenstrahlenbehandlung des Lichen ruber planus, von Leopold Freund und M. Oppenheim 353
Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin), von Alfred Kraus... 354
Erythema nodosum: Definition und ein Beispiel, von F. Meara 354
Ein weiterer Beitrag zur Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik, von F. Bloebaum 354
Zur Kenntnis der Akne cachecticorum (Hebra), von Otto Kren 355
Lichen planus, von Afzelius 386
Mykosis fungoides, von Almkvist 386
Lichen planus hypertrophicus, von Moberg 387
Mykosis fungoidesi, von Hybinette 387
Lichen planus, von Moberg 388. 390
Ausgebreiteter hypertrophischer Lichen planus, von Moberg 391

Seite

Mykosis fungoides, von Cohn ... 441
Hautblastomykose, von Fabry ... 441
Granulosis rubra nasi, von Jadassohn ... 477
Pseudoleukämische Hautaffektion, von Jadassohn ... 484
Ulcera mollia extragenitalia, von Grouven ... 492
Ulcus molle auf der linken Tonsille, von Doutrelepont ... 495
Elephantiasis, von Metscherski ... 556
Lichen ruber, von Alfred Regensburger ... 558
Beiträge zur Klinik, pathologischen Anatomie und Ätiologie der Granulosis rubra nasi, von Hallopeau ... 558
Brasilianische Framboesia oder Bouba, von Achile Breda ... 558
Ein Fall von Elephantiasis, von Heidenhain ... 562
Granulosis rubra nasi (Jadassohn), von J. M. H. Macleod ... 645
Ein Fall von Dermatitis repens, von E. E. Meade und W. T. Freeman ... 645
Ein Fall von Lichen spinulosus, von John T. Bowen ... 647
Metastatischer Prostataabscefs und Hämoglobinurie nach einer diffusen Phlegmone des Vorderarms, plötzlicher Tod, von E. Legrain ... 649

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Carcinom bei Lupus erythematodes, von Schmidt ... 72
Beitrag zur Lehre der sogenannten sarkoiden Geschwülste, von G. Fano und V. Liebmann ... 124
Xeroderma pigmentosum, von Zumbusch ... 231
Pagets disease, von Mucha ... 236
Zwei Fälle von Pagets disease, mit X-Strahlen behandelt, und Bericht über den mikroskopischen Befund in einem derselben nach lange fortgesetzter Behandlung, von M. B. Hartzell ... 242
Über einen Fall von Epitheliomatosis pigmentosa (Paget) nebst einer Theorie des Carcinoma mammae, von Ch. Audry ... 244
Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Klinische und histologische Untersuchungen, von Joseph Nicolas und M. Favre ... 245
Indikationen und Gegenindikationen der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen 297
Das Carcinom ist eine parasitäre Erkrankung, von H. T. Butlin ... 355
Über einen protozoenähnlichen Mikroorganismus in malignen Tumoren und durch diesen erzeugte transplantierbare Geschwulstformen beim Tiere, von O. Schmidt ... 355
Der Krebs der Haustiere, von C. O. Jensen ... 356
Infektiöse und krebsige Geschwülste an den Geschlechtsorganen des Hundes, von Anton Sticker ... 357
Über den Einfluss des Lichtes auf die Entstehung von Hautkrebs, von J. N. Hyde 357
Zur Kasuistik und Histologie des Hautkrebses, von Hermann Coenen ... 357
Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautcarcinom, von P. Glimm. 358
Der Krebs des Zahnfleisches, von Yves le Droumaguet ... 358
Über lymphangitisches Ödem des Armes nach breiter Abtragung der Brust wegen Carcinom, von Charles Poirson ... 358
Ein neues Verfahren der unblutigen Zerstörung von Krebsgeschwülsten durch basale Mortifikation mittels technischer Starkströme, von H. Strebel ... 358
Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Carcinome, von Schücking .. 359
Über die Behandlung von Hautcarcinomen mit Röntgenstrahlen, von Löser 359
Über die Behandlung des Zungenkrebses mit Röntgenstrahlen auf Grund von drei Fällen, von K. Kanitz ... 359
Das Epitheliom auf der Oberfläche von Schleimhautleukoplasien, von Reclus ... 360
Ein Fall von Gesichtsepitheliom, behandelt mit dem Galvanokauter, mit Röntgenstrahlen und mit Exzision, von J. H. Woodward ... 360
Röntgenstrahlen und Radium bei Epitheliom, von Eduard Schiff ... 360
Über primäres und sekundäres Epitheliom des äufseren Ohres mit besonderer Berücksichtigung der Therapie, von Louis Serre ... 360
Neue Versuche von experimenteller Inokulation von Hautsarkoma (Kaposi), von A. Reale ... 361
30 Fälle von Carcinoma linguae, von A. Jahr ... 361

Seite

Über das Zungensarkom, von L. Chanu 361
Beitrag zur Kasuistik der Zungensarkome, von A. Kohl 361
Diagnostische, prognostische und therapeutische Studie über das Zungensarkom, von Leleux 361
Über Röntgenbestrahlung der Sarkome, von R. Kienböck 361
Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome, von Albers Schönberg 362
Epithelioma, von Sandman 388
Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum (Kaposi), von Otto Low 396
Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum, von Ih. Tsutsui 399
Zur Behandlung der Epitheliome mittels kaustischer Pottasche, von Arthur van Harlingen 400
Eine ungewöhnliche Form von Hautmetastasen bei Brustdrüsenkrebs, von Malinowski 490
Über Hautkrebs, von Auguste Ravogli 558
Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi, von S. B. Selhorst und M. E. Polano 643
Epithelioma cutis und Radiotherapie. Technik. Heilung bei fünf Fällen, von Suquet 652
Das Lymphosarkoid, eine neue Varietät des Sarkoids, von H. Gougerot 700

b) Benigne.

Warzen, Schwielen und Hyperhidrosis und deren Beziehung zu fehlerhaften Stellungen des Fufses, von W. A. Hardaway und Nathaniel Allison .. 27
Molluscа contagiosa, von Oppenheim 231
Urticaria pigmentosa, von Swoboda 235
Morbus Recklinghausen, von Riehl 236
Über eine chronische warzenartige Dermatitis der Hände, von Bosellini 351
Über einen seltenen Fall von Narbenkeloid, von M. Suarez 362
Narbenkeloid nach Laparotomie, von Zacharias 362
Zur Frage der elastischen Fasern beim Narbenkeloid, von Taddei 363
Zur Kenntnis der subkonjunktivalen lipomatösen Tumoren, von Ahlström 363
Klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Monzardo 363
Über generalisierte Fibromatose der Haut, ihre Formen und ihre Natur, von M. P. H. Sarazanas 363
Xanthelasma und chronischer Icterus, von T. B. Futcher 363
Fibroma molluscum gravidarum: ein neuer klinischer Begriff, von Samuel M. Brickner 363
Plexiformes Neurofibrom, von Frank B. Wynn 364
Multiples cavernöses Angiom der Brustdrüse, von Martini 364
Repetierende Epistaxis in Verbindung mit multiplen Teleangiektasien der Haut, von C. O. Hawthorne 364
Über Selbstheilung des Angioms durch Ulceration, von Hugo Nathan 364
Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Angiomegalie der Oberlider (Blepharochalasis der Autoren), von M. F. J. Masson 364
Angiome an den Lidern; ihre Behandlung mittels Elektrolyse, von Jean Marie Joseph Garrot 364
Über einen gemischten kongenitalen Tumor der Zunge, von Rolando 365
Ein Ganglion auf dem Fufsrücken, von Robert Bonin 365
Morbus Addisonii, von W. Tibbles 365
Ein Fall von Morbus Addisonii infolge entzündlich-hyperplastischer Wucherung beider Nebennieren auf traumatischer Grundlage, von Borrmann 365
Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von Breda 365
Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa, von Engel 365
Ein Fall von Ochronosis, von F. M. Pope nebst Bemerkung über die Beziehung der Alkaptonurie dazu, von A. E. Garrod 366
Die Kakodylsäure bei der Behandlung des Morbus Addisonii, von Titomanlio. 366
Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisonii, von L. Golubinin 366
Urticaria pigmentosa, von Moberg 391
Zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome, von C. Gutmann 396
Papilloma giganticum der Genitalien, von N. E. Aronstam 397

Seite

Über die Urticaria pigmentosa, von J. Toyama ... 399
Mibellisches Angiokeratom, von Grouven ... 441
Akanthosis nigricans, von Juliusberg ... 441
Dermatomyome, von Galewsky ... 441
Lymphangioma cysticum scroti, von Fabry ... 441
Generalisiertes Xanthom, von Heuss ... 483
Urticaria pigmentosa, von Nobl und Kreibich ... 483
Adenoma sebaceum, von Heuss ... 483
Recklinghausensche Krankheit, von Jadassohn ... 484
Neurofibromatosis, von Jadassohn ... 490
Alterswarzen an den Armen, von Jadassohn ... 490
Lymphangiome mit eosinähnlicher Entzündung, von Cohn ... 490
Lymphangioma circumscriptum cysticum cutis, von Grouven ... 493
Die Behandlung der Angiome mittels Elektrolyse, von H. Lebon ... 572
Keloid und Aknekeloid, von Taliani ... 575
Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa, von Bohac ... 643
Ein Fall von Lymphangiektasie mit Lymphorrhoe, von O. Müller ... 644
Die Behandlung von Teleangiektasien mit Sublimatkollodium, von Boing ... 652
Xanthom beider Oberlider bei Mutter und Tochter, von Grossmann ... 653
Molluscum fibrosum pendulum und Adenoma sebaceum, von W. Allan Jamieson und Lily H. Huie ... 698
Fin Fall von multiplem Keloid, von E. D. Newman ... 699
Analyse von 65 Fällen von blasenartigen Erkrankungen der Haut, von William Thomas Corlett ... 699
Zwei Fälle von familialem Pseudo-Milium colloidale, von L. Bosellini ... 701

c) Pigmentanomalien.

Arsenmelanose, Arsenkeratose, von Biach ... 225
Familiäre symmetrische Vitiligo, von Ullmann ... 226
Diffuse Melanose, von Brandweiner ... 226
Vitiligo, von Ullmann ... 235
Depigmentierung von Epheliden durch Finsenbehandlung, von Jadassohn ... 483
Vitiligo mit leichter Anästhesie, von Grossmann ... 653

Regressive Ernährungsstörungen.

Lupus erythematodes der Nägel, von Heller ... 13
Die Behandlung von Ulcus varicosum, von Frank E. Simpson ... 19
Alopecia areata in Gesellschaft von Nagelveränderungen, von Grover William Wende ... 22
Lupus erythematodes des Gesichts, von Roscher ... 72
Alopecia areata, von Roscher ... 72
Erythema perstans, mit Bericht über zwei Fälle mit ringförmigen Effloreszenzen, von Grover W. Wende ... 125
Anetodermia maculosa, von Weidenfeld ... 226
Hypersensibilität bei Alopecia areata, von Ullmann ... 226
Alopecia areata mit Erythem, von Ullmann ... 226
Lupus erythematosus der Unterlippe, von Kren ... 227
Lupus erythematosus der Unterlippe und Wangenschleimhaut, von Kren ... 227
Sklerodermie der Schleimhaut, von Kren ... 227
Lupus erythematosus, von Nobl ... 231
Schwellung des Handrückens mit Atrophie, von Ullmann ... 235
Lupus erythematosus, von Ullmann ... 235
Atrophia cutis idiopathica, von Oppenheim ... 235
Atrophische Sklerose der Haut und allgemeine Myositis, von G. Petges und C. Clèjat ... 245
Miliare Fibrome der Follikel mit nachfolgender Sklerodermie, von W. Dubreuilh 246
Behandlung der Alopecia areata durch passive Hyperämie der Kopfschwarte unter Kompression mit einem Gummibande, von Nicolas und Favre ... 295
Kritik über einige Theorien der Ätiologie von Gaundau und Ainhum, von F. C. Wellmann ... 367
Krampfadern, Krampfaderbrüche und Unfall, von Otto Koch ... 367

Seite
Über einen Fall von Varicen der Cruralgegend, von Turazza ... 368
Die Bedeutung der Varicen für Schwangere und Gebärende und ihre Therapie, von Richard Heller ... 368
Über die Heilung von Folgezuständen der Varicen und der Thrombosierung der Venen an den unteren Extremitäten, von Gerwin ... 368
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. Brings ... 369
Ein Fall von „Striae" nach Scharlach, von Leo Silberstein ... 369
Striae distensae s. atrophicae cutis nach Pneumonie und Brustfellentzündung, von A. Roth ... 369
Ein Fall von diffuser Hautatrophie, von A. Roth ... 369
Alopecia areata nach Trauma, von Sprecher ... 369
Die Alopecia areata, von Jeanselme ... 369
Beiträge zur Onychopathologie, von G. Nobl ... 369
Sklerodermie, von Afzelius ... 388
Akute multiple Hautgangrän, von Clason ... 389
Sklerodermie, von Sederholm ... 391
Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie, von Paul Rusch ... 392
Über erworbene, progressive, idiopathische Hautatrophie, von P. Thimm ... 392
Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis, von Moritz Oppenheim ... 393. 560
Über Leukonychia totalis, von S. Bettmann ... 395
Therapie der Erfrierung, von T. Ohno ... 399
Ein Fall von Lupus erythematosus in früher Kindheit, von Jay Frank Schamberg ... 402
Über die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän, von Artur Frommer ... 412
Beitrag zur Kenntnis der spontanen multiplen Hautgangrän, von J. Bannwart 413
Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Extremitätengangrän (Maurice Raynaudsche Krankheit) bei Kindern, von Henry Sommelet ... 413
Wesen und Pathogenese der Hautveränderungen bei Sklerodermie, von L. Török 414
Über einen Fall von halbseitiger Sklerodermie mit hochgradiger Atrophie, zugleich ein Beitrag zur Lehre der Metamerie, von Otto Kalb ... 414
Sklerodermie, Sklerodaktylie, von Max Schönfeldt ... 414
Ein Fall von diabetischer Gangrän der Großzehe; Nachweis der Arteriosklerose im Röntgenbild, von Otto Bengsch ... 414
Einige Betrachtungen über Leukoderma (Addisons Keloid), von F. Robbins ... 414
Ein Fall von erworbenem, symmetrischem Farbstoffverlust der Haut (Leukopathia acquisita, Vitiligo), von Praetorius ... 414
Bericht über einen Fall von Myxödem mit Ascites, von A. E. Hertzler ... 415
Über ungewöhnliche Erscheinungsformen des Lupus erythematodes, von Walter Pick ... 415
Sklerodermie und Hemiatrophia facialis, von Lebet ... 441
Alopécie en bande, von Lebet ... 441
Atrophia cutis. Pigmentatio universalis disseminata. Koilonychia, von Jadassohn ... 483
Sklerodermie en bandes, von Heuss ... 483
Cutis laxa, von Cohn ... 483
Sklerodermie, von Jadassohn ... 483
Subcutane Verkalkung, von Stern ... 483
Skleroderma disseminata, von Jadassohn ... 484
Lupus erythematosus, von Jadassohn ... 484
Sklerodermie, von Jadassohn ... 490
Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen, von Julius Heller ... 496
Lupus erythematosus der Nägel ... 496
Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung ... 496
Anfangsstadium der Sklerodermie, von Metscherski ... 556
Über die Ursache der Alopecia areata, von H. Radcliffe Crocker ... 558
Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie, von Paul Rusch ... 561
Einige Betrachtungen über einen Fall von Area Celsi. Heilung durch statische Elektrizität, von Suquet ... 573
Die Alopecia areata, von Campana ... 574
Sklerodermie, von Jacobsohn ... 641
Heilung eines varikösen Unterschenkelgeschwüres, der sich unmittelbar das Auftreten eines generalisierten Ekzems anschloß, von Grossmann ... 653

Seite

Sklerodermieherd in unmittelbarer Nähe eines variköse Unterschenkelgeschwüres, von Grossmann ... 654
Sclerodermie en plaques, von Metscherski ... 696
Infektiöse Dermatitis gangraenosa, von Grover W. Wende und Charles A. Bentz ... 698

Idioneurosen.

Heilung eines obstinaten Pruritus durch Injektionen von Trunececkschem Serum, von Devaux ... 497
Die intrarektale Applikation von hochfrequenten Strömen bei Pruritus analis, von Laplaze ... 652

Saprophyten und Fremdkörper.

Die Behandlung der Phthiriasis mit Xylol, von R. Sabouraud ... 349
Eine Serie von Fällen von Icterus neonatorum, von W. R. Duguid ... 416
Epidermititis linearis migrans, von Kengsep ... 416
Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven, von Schultz-Zehden ... 416
Zwei Fälle von Myiasis externa, von M. Vesescu ... 416
Einige Betrachtungen über die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus, von A. Looss ... 417
Die Behandlung der Pityriasis versicolor mit Wasserstoffsuperoxyd, von P. Gallois 497

Mifsbildungen.

Beitrag zur Lehre von den symmetrischen Gesichtsnaevi, von J. Csillag ... 14
Über Pigmentnaevi, von G. Pollio ... 15
Über den Naevus acneiformis, von Bettmann ... 15
Die Eierschalennägel, von James Nevins Hyde ... 79
Beitrag zur Kenntnis des Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von J. Csilag 122
Systematisierter Naevus papillomatosus, von Reines ... 225
Keratom, von Nobl ... 230
Keratoma hereoitarium palmare und plantare, von Zumbusch ... 237
Die Histologie eines Falles von Naevus linearis, von H. G. Adamson ... 242
Naevus pilosus pigmentosus und andere Hautveränderungen behandelt mit flüssiger Luft, von William B. Trimble ... 417
Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie, von Curt Hoffmann 417
Über das Halbansche Schwangerschaftssymptom (Hypertrichosis graviditatis), von Ludwig Herzl ... 418
Kongenitale Verhornungsanomalien, von Lewandowsky ... 441
Multiple Gesichtsnävi, von Heuss ... 483
Verdickung und gyrusartiges Faltenbild der Haut des Hinterhauptes ... 484
Blaue Naevi, von Tièche ... 492
Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung: Trichonodis, von Galewski 559
Alopecia congenita, von Jerome Kingsbury ... 647
Elektrische Behandlung der Hypertrichosis, von Chanoz ... 652
Weicher Naevus, eine kongenitale Elephantiasis vortäuschend ... 664

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Geschlechtsstatistik der Neger — früher und jetzt, von Henry McHatton ... 17
Novokain in der Urologie, von Freemann ... 75
Ein Fall von rekurrierender Blaseneruption des Gesichts; wahrscheinlich Pemphigus hystericus, von Francis J. Shepherd ... 80
Über Pyelitis als Schwangerschaftskomplikation, von W. F. Orlowski ... 240
Über die therapeutische Verwendung des neuen Lokalanästhetikums Novokain in der urologischen Praxis ... 240
Symptomatische Masturbation (larvierte Epilepsie), von Ch. Féré ... 292

Seite

Über Novokain in der Urologie, von R. Lucke 348
Über den Geschlechtsverkehr, von C. Lederer..... 348
Vereiterung der Leistendrüsen beiderseits und Ödem der Geschlechtsteile, von G. Boyreau 409
Einige Worte über die Anomalien im Baue der Harnorgane, von Anton Lesniowski..... 418
Quecksilberschmierkuren und ihre Einwirkung auf die Harnorgane, von Carl Klieneberger..... 418
Kurzer Bericht über durch Biersche Stauung mit Saugglocken bei Bubonen und einigen urologischen Erkrankungen erzielte Erfolge, von F. Böhme..... 494
Zur Behandlung der Neurasthenia sexualis, von N. Zorn 565
Morphologische Beiträge zur Kenntnis des männlichen Urogenitalapparates, von Alexander von Lichtenberg 566
Echinococcus der Harnorgane, von Brüning 641
Die Behandlung der Pyelitis, von William S. Gordon..... 648

a) Penis, Urethra und Blase.

Bemerkungen über vier Fälle von Penisepitheliom, von Fallen Cabot..... 18
Was einem Neuling bei der Ausführung der suprapubischen Cystotomie begegnen kann, von Herbert Terry..... 18
Behandlung von chronischer Urethritis beim Manne, von Leo H. Bernd..... 19
Die Cystitis trigoni chronica der Frau und ihre pathologische Anatomie. Beiträge zur Metaplasie des Blasenepithels, von A. Heymann..... 73
Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung, von Leedham-Green..... 73
Eine einfache Vorrichtung zur Blasenspülung, von Ehrenfest 74
Zur Technik der Lithotripsie, von A. Hagmann 75
Steine in der Urethra beim Kinde, von A. Broca 249
Eine neue dreiläufige Harnröhrenkanüle, von Francesco Zacco 292
Beitrag zum Studium der traumatischen Blasenrupturen, von L. Morel..... 293
Zur Kasuistik der Verletzung der Harnblase, von Fedoroff 347
Cystalgien der Frauen, von Rochet 404
Entfernung von Sondenfragmenten aus der Blase. Anwendung des Luysschen Cystoskops mit direkter Belichtung, von Georges Luys 411
Aseptisches Katheterisieren der Harnwege, von M. Krotoszyner und W. P. Willard 419
Bericht über einige bemerkenswerte urologische Operationen, von Alfred Hock 419
Das Verhalten des praktischen Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat und bei plötzlicher Harnverhaltung, von R. Kutner. I. Blutungen. II. Behandlung der plötzlichen Harnverhaltung 419
Zur Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der oberen Harnwege, von Meyer 420
Die Röntgenmethode als Führer bei Operationen wegen Steinen in den Harnwegen, von Carl Beck..... 420
Die Methode von Cathelin bei der Behandlung der essentiellen Harninkontinenz, von Bruni 420
Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus), von Ludwig Waelsch..... 421
Über rituelle Circumcision, von J. Fels..... 421
Über die Vena dorsalis penis, von Ludwig Sänger 421
Ein Fall von Priapismus, von Lohnstein 421
Erfolgreiche Amputation des Penis wegen Epithelioms, von L. Sexton 421
Die Endoskopie der Harnröhre, von H. Goldschmidt..... 422
Diagnose des chronischen Harnröhrenausflusses, von S. Leon Gans..... 422
Studie über elastische Dilatationsbehandlung von Harnröhrenverengerungen, von Louis Maurat..... 422
Zur Thiosinaminwirkung bei traumatischen Strikturen, von H. Mohr 423
Vorläufige Mitteilung über interne Urethrotomie, von Carlo Ravasini 423
Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente und diesen ähnliche Fremdkörper, von Schroeter 423
Fremdkörper in der Harnröhre, von Josef Bogdanik..... 423
Einkeilung einer Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von T. H. Bishop. 423
—, von J. A. W. Pereira 424
—, von H. Taylor und A. G. Johnson..... 424

Seite
Die Form der menschlichen Blase, von A. Lichtenberg und F. Völcker.... 424
Cystoskop nach Maisonneuveschem Prinzip, von Otto Ringleb..... 424
Die „reizbare Blase", von A. Ravogli..... 424
Hochgradige Überfüllung der Blase, von D. J. H. Hamman..... 424
Amöbeninfektion der Harnblase ohne Rektovaginalfistel, von John R. Mc. Dill und W. E. Musgrave..... 425
Über Urogosan, ein neues sedatives Blasenantiseptikum, von S. Boas..... 425
Fremdkörper in der kindlichen Blase, ihre Diagnose und Extraktion, von L. H. M. Duvard..... 425
Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Harnblase, von S. Grosglik 425
Zur Kasuistik der Blasentumoren bei Farbarbeitern, von Robert Schedler... 426
Zur Technik der intravesikalen Operationsmethode, von B. Klose..... 427
Die Ausschabung der Harnblase des Mannes, von Artur Strauss..... 428
Über die Steinkrankheit der Harnwege, speziell der Blase und deren Behandlung nach in Schlesien gesammelten Erfahrungen, von Felix Löwenhardt.... 428
Ursache und Verhütung der postoperativen Cystitis, von F. J. Taussig..... 429
Chirurgische Eingriffe bei Blasentuberkulose, von G. Mac Gowan..... 429
Primäre Tuberkulose der Harnblase, von Chirone..... 430
Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte, von Hermann Hinterstoisser 430
Auffinden von Metschnikoffschen Makrophagen im Urethralsekret..... 485
Hauterscheinungen bei Harnröhrenerkrankungen, von Bettmann..... 488
Malakoplakie der Blase, von Wildbolz..... 488
Statistische Beurteilung der chirurgischen Behandlung der Blasengeschwülste, von Keydel..... 493
Über die Behandlung von Blasentumoren, von Leschnew..... 494
Bemerkungen zu Dr. Charles Leedham-Greens Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung", von Oppenheim und Löw..... 494
Antwort auf die Einwendungen der Herren Dr. Oppenheim und Dr. Löw gegen meinen Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung, von Charles Leedham-Green.....494. 495
Ein Fall von multipler Keimversprengung im Urogenitaltraktus, von Alfred Engelmann..... 501
Ein Fall von congenitaler Abnormität der Urogenitalorgane, von G. F. D Smith und A. L. H. Smith..... 501
Über Tuberkulose der Geschlechtsorgane, von F. Legueu..... 501
Die Wirkungen der Harnsäure auf den Urogenitalapparat, von William Henry Porten..... 501
Über Desinfektion der Harnwege, von K. Mandrila..... 502
Beiträge zur Kenntnis der neueren Harndesinficientia, von Viktor Klimek... 502
Über Alypin in der urologischen Praxis, von H. Lohnstein..... 502
Das Cystoskop, von D. Newman..... 503
Was leistet die Cystoskopie und wie weit muſs der praktische Arzt mit dieser Untersuchungsmethode vertraut sein? von Julius Vogel..... 503
Was soll von der Cystoskopie „à vision directe" verlangt werden? von F. Cathelin..... 503
Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente, von Frank..... 504
Ursachen und Behandlung der Enuresis, von P. G. Lewis..... 504
Enuresis und deren Behandlung, von H. Thursfield..... 504
Hypospadie der Eichel und des Penis; ihre chirurgische Behandlung, von M. G. H. Forthomme..... 504
Exstirpation des Penis mit Resektion des Scrotum, von Peter Janssen..... 504
Über die Behandlung von Tumoren des Hodensacks in den warmen Ländern, von Thiroux und d'Anfreville..... 504
Ein Fall von Fremdkörper der Urethra mit Sequestrierung eines Teiles der letzteren, von Arthur Weiss..... 505
Eine Methode, die hintere Harnröhre des Mannes sichtbar zu machen, von Goldschmidt..... 505
Über traumatische Harnröhrenverengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz, von Franz Eberhard Pfeil..... 505
Beitrag zur Kenntnis der Urethrotomia interna (Urétrotome mensurateur de Bazy), von François Joly..... 506

Seite

Über eine Harnblasengeschwulst, von der Harnröhre ausgehend, von Duhot.... 506
Über eine von der Hinterwand der Pars prostatica urethrae ausgehende, in die Blase vorragende Cyste mit Einmündung eines am renalen Ende atretischen, rechten, überzähligen Ureters in sie, von Arthur Weinstein..... 506
Über Diverticel der Harnröhre des Mannes, ihre Entstehung und ihre Beziehungen zu Harnröhren- bezw. Blasensteinen, von Gustav Gansen..... 506
Ein Instrument zur aseptischen Einführung von weichen Kathetern, von Rudolf Bloch..... 506
Zur Prophylaxe der Kathetercystitis, von W. Paul Richter..... 507
Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica, von Raphael Giani..... 507
Injektionen der Blase und Urethra, von Mac Munn..... 507
Ein einfacher Apparat zur Blasenspülung, von Hugo Ehrenfest..... 507
Die einfachste, leichteste und beste Methode zur Blasenspülung, von J. D. Southard..... 508
Histologische Untersuchungen über die Blasenschleimhaut, von A. Rigal..... 508
Über Perforation der Harnblase bei Ausschabung derselben, von Carl Stern... 508
Ein Beitrag zur Malakoplakia der Harnblase (Cystitis en plaques), von Robert Güterbock..... 508
Experimente über die Plastik der Harnblase, von Baldassari..... 508
Über congenitale Divertikelbildung der kindlichen Blase mit konsekutiver Hydronephrose, von Gero Wildt..... 509
Divertikel der Harnblase; Verlegung des Ausflusses durch die Prostata; Operation, von H. A. Lediard..... 509
Zur Verwendung der Urophore in der urologischen Therapie, von M. Friedländer..... 509
Ein Fall von peri-urethralem Abscefs mit Steinbildung, von G. Bate..... 509
Behandlung der traumatischen Rupturen der Urethra, von Reclus..... 510
Eine Serie von Fällen, bei denen Steinansammlungen sich in der Urethra prostatica entwickelten, von C. A. Morton..... 510
Über den Sphincter vesicae und den Mechanismus des Blasenschlusses, von C. Leedham-Green..... 510
Über Blasenhyperästhesie, von Charles O. Foote..... 510
Die Geschwülste der Harnblase, von M. Fischer..... 511
Zwei Fälle von Blasentumor, von Guyon..... 511
Über die Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentumoren, von Treplin..... 511
Ein Fall von Fremdkörper in der Blase; Genesung, von M. B. Ray..... 511
Über Behandlung der Cystitis, von Hochheim..... 511
Über Perforation bei Ausschabung der Harnblase, von A. Strauss..... 512
Ein Fall von Blasenlähmung infolge Verletzung der Cauda und des Conus medullaris, von Wolff..... 565
Diagnose und Behandlung der Geschwüre am Penis, von Jeanselme..... 569
Die Diagnose der chronischen Urethralleiden, von P. Duncan Littlejohn.... 648
Über die Cystotomia suprapubica bei kleinen Kindern, von Pacheco Mendès. 649
Ruptur der vorderen Blasenwand infolge Falles auf den Rücken vom dritten Stockwerk herab; Operation, Heilung, von P. Alglave..... 650
Hartes Ödem des Penis, wahrscheinlich verursacht durch eine Phlebitis, von Grossmann..... 653

b) Hoden und Samenblasen.

Operative Behandlung des Kryptorchismus, von Martin W. Ware..... 19
Über Spermatocele, von Sellei..... 73
Artifizielle Synorchidie nach Durchschneidung des Samenstranges bei grofsen Hernien oder sehr hochsitzenden Hodenektopien, von Mauclaire..... 246
Beitrag zum Studium der lympho-toxischen Funiculitis in den heifsen Ländern, von R. Ménocal..... 293
Die Mifserfolge der Kunstgriffe zur Herbeiführung der Befruchtung, von Ch. Féré 294
Unfallverletzungen der Hoden, von V. Balthazard..... 295
Die Spermatorrhoe und ihre Therapie: psychische Erziehung und somatische Behandlung, von Paul Emile Lévy..... 405
Operation eines elephantiastischen Skrotums, von Logerais..... 411

Seite

Zur Behandlung der Impotenz beim Manne, von Popper 512
Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe, von C. Posner 512
Über das Verhalten des Menschen bei paragenitaler Zufuhr artgleichen Spermas, von W. Gessner 513
Ein neues Instrument zur Behandlung der Hydrocele, von William J. Belfield 514
Die innere Sekretion des Hodens in die Höhle desselben, von Rene de Gaulejac 514
Ein Fall von Nekrose des Hodens, von R. R. Law 514
Ein experimentell erzeugtes Hodenembryon, von N. N. Petrow 514
Chorionepitheliomatöse Proliferationen in Teratomen, speziell in jenen der Hoden, drei neue Fälle, von Robert T. Frank 515
Über die Hämatocele des Nebenhodens, von F. T. M. Bodiou 516
Die unmittelbaren und späteren Resultate der hohen Operation bei Varicocele, von E. M. Corner und C. A. R. Nitch 516
Über Frühformen der Samenblasentuberkulose, von M. Simmonds 517
Zur Klinik und Ätiologie der Deferentitis pelvica, von G. Nobl 517
Eine neue Methode von Anastomose des Vas deferens, von G. Frank 518
Verkalkung des Vas deferens und der Samenbläschen, von S. George 518
Über Retentio testis, von von Kuester 519
Die traumatische Hodenentzündung, von Ch. Vibert 519
Ein Fall von sehr kleinem, primärem Hodenkrebs mit sehr grofsen Metastasen der Lunge, von Heyo Nennenga 519
Über ein cystisches Embryom des Testikels, von Friedrich Meyer 519
Operationen an den Samenblasen, von H. Riese 520
Behandlung der Hodentuberkulose, von Louis Batut 569
Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz, von T. Poyntz und Wright 645
Aktinomykose des Samenstrangs, von Grossmann 653

c) Prostata.

Totalenukleation der Prostata im Gewicht von 80 g bei einem 92jährigen Mann, mit Heilung 17
Chronische Prostatitis, von Thomas J. Disque 18
Beobachtungen bei der Behandlung chronischer Prostatitis, von Alfred Mitchell 19
Die Operation nach Freyer, die totale Prostatektomie auf suprapubischem Wege, von Papadopoulos 248
Eine Operation nach Freyer nebst dem Ergebnis der Sektion, von E. Loumeau 249
Die Vibrationsmassage der Prostata, von Nicolich 250
Über die angeblichen Rezidive nach Prostatektomien, die wegen einfacher Prostatahypertrophie ausgeführt wurden, von André 295
Die Prostatitis bei Harnröhrenverengerungen, von Le Fûr 410
Dauerresultate der Prostatektomie bei Prostatahypertrophie, von Victor Pauchet 411
Prostatitis ohne Vergrößerung der Prostata, von Charles H. Chetwood 520
Über Prostatahypertrophie, von O. Zuckerkandl 520
Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen in Gastein, von Siegfried Altmann 520
Die perineale Drainage mit der Pezzerschen Sonde als palliative Behandlung gewisser Fälle von Prostatahypertrophie, von F. P. B. C. Faisans 521
Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Rovsing 521
Über die Cystotomia subpubica bei Prostatikern. (Geschichte, Indikationen, Operationsmethoden), von M. H. Lombard 522
Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Nathan Jacobson 522
Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Hans Wildbolz 522
Die Begrenzung in der Anwendung des Katheters bei Prostatahypertrophie, von Hermann Goldenberg 523
Die operative Behandlung der Hypertrophie und des Carcinoms der Prostata, von Hermann Kümmell 523
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Prostatacarcinome, von B. Motz und F. Majewski 524
Ein Fall von Prostatacarcinom (nach der Operation diagnostiziert), von Frank S. Bulkley 524
Die Frühdiagnose und Radikalheilung des Prostatacarcinoms. Bericht von fünf Fällen und Schilderung der Radikaloperation, von Hugh H. Young 524

Seite

Ein rasch wachsendes Rundzellensarkom der Prostata, von Hugo Bach 525
Zur Würdigung der Bottinischen Operation, von J. Cohn 525
Über die Erfolge der Prostatectomia transvesicalis, von J. Moscou 525
Zum Studium der Prostatektomie (operative und klinische Resultate), von Albert Vrain 525
Urinverhaltung infolge Prostatahypertrophie, gehoben durch Prostatektomie, von George W. King 525
Der Zustand der Urethra nach Prostatektomie, von J. W. Thomson Walker.. 526
Mortalität nach Prostatektomie, von Benjamin Tenney Henry Melville und Chase 526
Auslösung der Prostata wegen Hämorrhagie, von W. Thomson 526
Eine weitere Serie von Enukleationen der Prostata, von W. Thomson 526
Über die Eröffnung von Prostataabscessen auf perinealem Wege, von Jaques Toupet 526
Behandlung von Abscefs und Hyperämie der Prostata, von J. MacMunn 526
Prostata-Albuminurie als nicht seltene Ursache diagnostischen Irrtums bei der sogenannten orthostatischen, physiologischen und cyklischen Albuminurie, von Edgar G. Ballenger 527
Die malignen Tumoren der Prostata, von Hallopeau 527
Die gegenwärtige Stellung der Prostatachirurgie, von J. H. Nicoll 527
Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen, von Albert Freudenberg 528

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebenniere, von Th. Veiel 15
Stein in verlassenem Ureter, von Frank V. Cautwell 17
Zur Chirurgie der Harnleiter, von S. P. Federoff 75
Die Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen, von G. Kapsammer ... 76
Kombinationscystoskop für Irrigationscystoskopie, Evakuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren, von A. Freudenberg 246
Einteilung und pathogenetische Bedeutung der orthostatischen Albuminurien, von J. Teissier 247
Die kochsalzarme Diät, von Fernand Widal 248
Sind die intermittierenden Albuminurien des Kindesalters von Nephritiden abhängig? von H. Dauchez 294
Beobachtung eines Falles von orthostatischer Albuminurie, von Paul Charpentier 295
Ein Versuch, die Bestimmung des elektrischen Leitungswiderstandes des Urins für klinische Zwecke zu benutzen, von G. Kolischer und L. E. Schmidt 847
Zur Diagnose der Nierentuberkulose, von Hottinger 494
Hämaturie durch Hefewirkung, von R. Wohlauer 563
Beiträge zur Nierenchirurgie, von S. Grosglik 566
Röntgenogramm einer Krebsniere, einen Stein simulierend, von S. Grosglik... 566
Hypernephrom und Stein in einer Beckenniere, kompliziert durch eine ungewöhnliche Form von Milzdystopie, von S. Grosglik 566
Die Unterbindung der Vena renalis, von Michel Jungano 569
Oxalsaure Salze enthaltender Harngriefs und seine Behandlung, von Dedet 570
Grofse polycystische Nieren, von E. Monod und E. Loumeau 571
Über einen Fall von einseitiger chronischer Nephritis, verursacht durch eine grofse Blasenzelle, von Philippe Cuturi 571
Zur Spektralanalyse normaler und pathologischer Urine. Sensito-Coloriuretrie, von Henry Parmentier 578
Über die Urinuntersuchung mit der Zentrifuge, von A. L. Benedikt 578
Über die Ausscheidung der Alkalien und alkalischen Erden im Harn 579
Beitrag zum Studium der Acetonurie vom klinischen Standpunkt, von H. Mauban 579
Über den Ausscheidungsort von Eiweifs in der Niere, von Julius Schmid.... 579
Albuminurie und Menstruation, von Emanuel Christin 579
Über Bence-Jonessche Albuminurie, von Friedr. Strub 580
Über die klinische Bedeutung der Bence-Jonesschen (thermolytischen) Albuminurie; ihre Beziehungen zur Parasyphilis, von Henri Renaud 580

Seite

Albuminurie infolge von Prostataabsceſs, von Edgar G. Ballenger 580
Pathogenetische und klinische Studie über die orthostatischen Albuminurien, von Alfred Courcoux 580
Beitrag zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie, von Josef Novak..... 580
Die „essentielle“ orthostatische Albuminurie, von Ch. Aubertin 580
Orthostatische Albuminurie und Scarlatina, von Le Noir..... 581
Orthostatische Albuminurie, von O. A. Kennedy 581
Über einige klinische Methoden der schnellen approximativen Bestimmung des Harneiweiſses, von Louis Reynaud 582
Cystinurie, von W. McKim Marriott und C. G. L. Wolf 582
Bakteriurie, von G. Paul La Roque..... 582
Typhusbacillurie, von Dods Brown..... 582
Mitteilung über einen Paracolonbacillus im Urin, von W. Mair 583
Über Hämaturie als Initialsymptom primärer Nierentuberkulose, von Askanazy 583
Die Hämaturie, von Legueu..... 583
Über Hämaturien, von Julius Vogel 583
Pathogenetische Studie über paroxystische Hämoglobinurie, von Pierre Hornus 584
Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Julius Donath und Karl Landsteiner..... 584
Die Pathologie der paroxysmalen Hämoglobinurie, von J. Eason..... 585
Einige Beobachtungen über anfallsweise auftretende Hämoglobinurie, von J. Eason 585
Bemerkungen über einen Fall von Hämatochylurie nebst Beobachtungen über die Morphologie des Embryo der Filaria nocturna, von William B. Sherrey und John R. McDill..... 586
Über Oxalurie, von H. H. Röberts 586
Über eine bisher nicht beachtete Quelle der alimentären Pentosurie, von R. v. Jaksch 587
Bemerkungen zu der Arbeit von A. Jolles, „Über den Nachweis der Pentosen im Harn“, von Bial, und „Über den Nachweis von Pentosen im Harn“, von A. Jolles..... 587
Ein Fall von Pentosurie, von Franz Erben..... 587
Phosphaturie und Calcariurie, von Tobler..... 587
Zur Klinik der Phosphaturie, von Leo Langstein..... 587
Der elektrische Widerstand des Blutes und des Urins als Kriterium der funktionellen Leistungsfähigkeit der Niere, von Dawson Turner..... 588
Die pathologische Harnstoffretention 588
Die Herstellung von Dauerpräparaten aus Harnsedimenten, von Elise Wolff .. 588
Bemerkungen über Albuminurie, Cylindrurie und Brightsche Krankheit, von S. J. Meltzer 588
Zur Pathogenese der Pseudophosphaturie, von Campani und Formiggini.... 589
Intermittierende Pentosurie und Glykosurie, von D. M. Kaplan..... 589
B. Wagners Saccharo-Manometer zur quantitativen Bestimmung des Zuckergehaltes unverdünnter Urine, von H. Röhrer 590
Bericht über einen Fall von Verschluſs des Ureters durch massenhafte Einschwemmung linsenförmiger Nierenbeckensteine, von Wilhelm Löhe..... 590
Groſser Stein im Ureter; Entfernung desselben durch Sectio alta vesicae, von Bushton Parker..... 590
Die Pyurie, von Legueu..... 590
Ein einfaches Verfahren zur approximativen Bestimmung des Chlorgehalts im Urin, von G. Ekehorn 590
Temporäre Glykosurie, von E. C. Simpson..... 590
Die quantitative Zuckerbestimmung im Harn und ihre klinische Bedeutung nebst Beschreibung eines neuen Gärungsapparates, „Gärungs-Saccharo-Manometer“, von B. Wagner..... 591
Über zwei Methoden zum quantitativen und qualitativen Nachweise von Zucker im Harne, von Graziani 591
Quantitative Zuckerbestimmung im Harn. Kontrollversuche mit dem Rieglerschen Kaliumpermanganatverfahren, der Pavyschen Methode und dem Polarisationsapparat, von Richard Levy..... 591
Über Zuckerbestimmung im Harn, von Siegfried Rosenberg..... 592
Die Harncylinder, ihr semiologischer und prognostischer Wert, von Charles Gaillard..... 592
Über Harncylinder, von Charles P. Emerson..... 592

Seite

Zur Entstehung der Harncylinder, von A. Amato 593
Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Harncylinder, von P. S. Wallerstein 594
Ein auf intravesicalem Wege durch das Operationscystoskop geheilter Fall einer Harnleitercyste, von B. Klose 595
Beitrag zur Kenntnis der Ureterenverletzungen im Verlauf chirurgischer Eingriffe am Uterus und an den Adnexen, und über ihre Behandlung, von L. Ch. M. Humbert 595
Ein seltener Fall von akuter parenchymatöser Degeneration der Nieren mit Ausgang in Nekrose der Rinde, von Rudolf Diehl 595
Über die genaue Lokalisierung tuberkulöser Herde in den Anfangsstadien der Nierenerkrankung bei Frauen vor der Ausführung der Operation, von Hurry Fenwick 595
Ein Fall von Hydronephrose bei Wanderniere; Hämaturie durch Torsion des Stieles; Nephrectomie; Genesung, von J. W. Shiels und C. C. Levison .. 596
Über die Röntgenbilder von Cystin- und Xanthinoxyd-Steinen, von H. Morris . 596
Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Nierensteinen, von C. F. Holland .. 596
Ein Fall von Nierensteinen bei einem Kinde, von Damodar Babaji Mandhle 596
Echinococcus der Niere und dessen Diagnostik, von G. J. Baradulin 644
Über einen Fall von inkompletter Ureterenverdoppelung, von P. Wulff 645
Beitrag zur Chirurgie der Ureteren, von M. R. Barker 648
Subkutane Ruptur der Niere, ihr Mechanismus, von L. Suarez 649
Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Niere bei experimenteller Infektion mit Trypanosoma Brucei, von Jungano 649
Angeborene Verengerung der Urethra, Inkontinentia diurna, Urethrotomia interna, Heilung, von Stefanesco Galatzi 649
Radiographische Irrtümer bei der Untersuchung auf Harnsteine, von Deroux .. 650

e) Labien, Vagina usw.

Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Coitusverletzungen, von K. Zikmund .. 596
Die Glandula vestibularis major (Bartholini) beim Menschen, von Joseph Thomas 597
Histologische Studie über die Bartholinischen Drüsen, von A. Jambon und G. Chaboux 597
Ein Fall von Clitoriskrebs, von D. Róna 597
Ein Fall von Melanosarkom der Vulva. Ein Beitrag zur Histologie der Melanosarkome, von Georg Jahn 598
Ein Fall von Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren, von Lajos Góth 598
Die Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates beim Weibe, von Wilhelm Loerch 598
Über die Tuberkulose der Vulva, von Logethetopulos 598

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von Folliculitis cutis blennorrhoica, von Carl Cronquist 15
Konstitutioneller Tripper, von O. Le Grand Sugget 17
Blennorrhoische Ophthalmie der Neugeborenen, von D. Baldwin Wylie 18
Weiterer Bericht von der Heilung der Trippergicht durch Seminalvesikulotomie, von Eugen Fuller 19
Behandlung der akuten Blennorrhoe, von George C. Clark 19
Ein Fall von Blennorrhoe und Bilharzia-Erkrankung (Kap-Hämaturie), von F. Böhme 73
Beitrag zum Studium der Prostatitis blennorrhoica, von Bierhoff 74
Zur Frage der blennorrhoischen Exantheme, von N. Meyer 74
Ein Fall von Blennorrhoe der angeborenen dorsalen Penisfistel, von Dreyer ... 75
Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe, von H. Lohnstein 76
Eine Flaschenspritze. Ihre Verwendung als Tripper- und Janetspritze, von Bernstein 78
Die Behandlung der Goutte militaire mittels des Dynamoinjektors, von G. Filaretopoulo 176
Bemerkungen zur Eosinophilie des blennorrhoischen Eiters, von C. Gutmann .. 239
Bemerkungen zu Dr. Bernsteins Publikation „Eine Flaschenspritze“ im 5. Heft des XI. Bandes dieser Zeitschrift, von Blank 240

Seite

Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mittels Epididymotomie, von Bazet ... 249
Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Instillationen von Höllenstein und nachfolgender Einführung eines Zinkbougies, von F. Balzer und A. Tansard 249
Die Aspirationsbehandlung der chronischen Blennorrhoe, von H. Strebel ... 287
Veränderungen der Brustdrüse beim Manne im Verlaufe blennorrhoischer Affektionen, von Mario Truffi ... 297
Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters (Bemerkungen zu dem Aufsatz Gutmanns in Nr. 6 dieses Jahrganges), von H. Lohnstein ... 347
Entgegnung zu Blanks Bemerkungen über meine Publikation: Eine Flaschenspritze, von Bernstein ... 348
Über blennorrhoische Epididymitis, von A. Hennig ... 348
Die anatomische Beschaffenheit des blennorrhoischen Eiters, von Pelagatti ... 350
Folgezustände der Urethralblennorrhoe in der rudimentären Prostata des Weibes 351
Zur Blennorrhoe-Prophylaxe, von A. Schücking ... 394
Santyl, ein reizloses, internes Antiblennorrhoicum, von Leopold Lilienthal .. 396
Zur Aspirationstherapie blennorrhoischer Urethritiden, von Theodor Mayer .. 399
Über blennorrhoische Sekretuntersuchungen, von Neuberger ... 485
Die Lebensfähigkeit der Gonokokken im Trippereiter, von Winkler ... 486
Über die Prophylaxe der Epididymitis blennorrhoica, von Neuberger ... 486
Behandlung der Tripper-Nebenhodenentzündung, von Schindler ... 487
Balanitis erosiva und gangraenosa, Balanitis circinata, von Scherber ... 488
Vorläufiger Bericht über Epididymotomie zur Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von L. Bazet ... 516
Wirkung des Gonosans, von Zorn ... 565
Das Taschen-Injektionsbesteck nach Dr. Blank-Potsdam, von W. Hammer ... 565
Über das Arhovin, von Ernst R. W. Frank ... 570
Gonosan, ein neues internes Mittel gegen Blennorrhoe, von A. Renault ... 573
Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von R. Lefur ... 573
Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen die Blennorrhoe, von Carl Cronquist 599
Blennorrhoische Infektionen und des Arztes Verantwortlichkeit, von J. Bayard Clark ... 599
Einige Bemerkungen über Blennorrhoe beim Weibe, von B. Mac Monagle ... 599
Über Ursachen der Hartnäckigkeit der Blennorrhoe beim Manne, von Karl Ullmann ... 599
Verhaltungsmafsregeln bei akuter Blennorrhoe, von Hans Schädel ... 600
Über blennorrhoische metastatische Iritis, von Johannes Lehmann ... 600
Zur Behandlung der Augenblennorrhoe, von St. Bernheimer ... 601
Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Credéschen Tropfens, von Tada Urata ... 601
Blennorrhoische Metastasen im Auge, von Greef ... 601
Ein neuer Fall von metastatischer blennorrhoischer Phlegmone, von Schwarz .. 602
Blennorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne Schleimhautblennorrhoe, von Frank Schultz ... 602
Die blennorrhoische Septikämie und Pyämie, von Lemierre und Faure ... 602
Ein Fall von Gonokokkämie bei einem Säugling mit Blennorrhoe, von Hocheisen 603
Über abscedierende blennorrhoische Epididymitis und deren Pathogenese und Ätiologie, von Kurt von Stahel ... 603
Klinische Beobachtungen über die Arthritis blennorrhoica und ihre Behandlung nach der Methode von Bier, von T. Secchi ... 603
Über die Therapie der blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von Felix Le Bihan ... 604
Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae, von Anton Regenspurger .. 604
Die Blennorrhoebehandlung mit Stauungshyperämie, von S. Jacoby ... 604
Die Behandlung der Blennorrhoe, von Stefanescu ... 604
Rationelle Behandlung der Urethritis, von Noah E. Aronstein ... 605
Das Albargin in der Behandlung der Blennorrhoe, von M. Vesescu ... 605
Ein neues Heilmittel der Blennorrhoe, von E. Schwarz ... 605
Die Balsamtherapie der Blennorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans und Santyls, von S. Boss ... 605
Über den Wert der Gonosanbehandlung bei der Blennorrhoe des Mannes, von H. Laar ... 606
Über die therapeutische Wirksamkeit des Gonosans, von Karl Ganz ... 606

Seite

Über Arhovin, von Ernst B. W. Frank 606
Santyl im Vergleich mit anderen Sandelpräparaten, von Theodor Sachs 607
Über Santyl, ein reizloses internes Antiblennorrhoicum, von H. Bottstein 607
Eine Epidemie von Vulvovaginitis unter Kindern, von A. C. Cotton 607
Die Behandlung der blennorrhoischen Cystitis, von E. Desnos 607
Über Stauungsbehandlung der Epididymitis blennorrhoica, von Wilhelm König 607
Histologische Untersuchungen der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum, von Herm. Schridde 607
Zur Verhütung der blennorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol, von Otto v. Herff 608
Blennorrhoeinfektion beim weiblichen Geschlecht, von Joseph Taber Johnson 608
Zur klinischen Diagnose der Wochenbettblennorrhoe, von Aug. Mayer 608
Ein neuer Wäscheschutz bei Blennorrhoe, von Caesar Philip 609
Sind die bei der akuten Blennorrhoe des Mannes üblichen Injektionen eine rationelle Behandlungsweise, von Canon 609
Über den Wert der externen und internen Arhovinbehandlung bei Blennorrhoe, von Sigismund Kaiser 609
Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung der Blennorrhoe mit Balsamika, von R. Kaufmann 648
Urtikarielle und papulöse Dermatose der oberen Extremitäten, wahrscheinlich blennorrhoischen Ursprungs, von Grossmann 654
Arhovin in der Therapie der Blennorrhoe, von A. Schweitzer 697
Tinctura jodi und Gonokokken, von Davydow 700
Pathologische Veränderungen bei chronischem Tripper der Harnröhre, von J. Bukovsky 702

Verschiedenes.

Heirat und Ehescheidung, von Charles M. Mutz 18
Eine Umwandlung in der medizinischen Erziehung in Amerika, die Anerkennung der Dermatologie, von William Thomas Corlett 24
Der neunte Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 46
Krankheit und Selbstmord. Beiträge zur Beurteilung ihres ursächlichen Zusammenhanges, von Kurt Ollendorff 46
Nachruf auf Schaudinn, von Lesser 72
Epilog zur Nitze-Feier, von Ernst B. W. Frank 76
Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise, von Iwan Bloch. 108
Zur Entfernung von Höllensteinflecken 108
Kasuistische Mitteilungen, von Jaroslav Okuniewski. 1. Geschwür der Harnblase. 2. Urethrale Konkremente. 3. Aktinomykose nach einer Hautverletzung 154
Bilharziakrankheit, von Herbert Gunn 154
Kongreſs der dermatologischen Gesellschaft zu Bern, 12.—14. September 207
Brunstorgan der Gemse, von Riehl 237
Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis, von W. A. Nestorowsky 239
Dr. Unnas dermatologische Herbstkurse 269
Verzeichnis der für die Naturforscherversammlung angemeldeten Vorträge 270
Ein Beitrag zur Kenntnis des Krakauer Prostitutionswesens im XV. Jahrhundert, von Johann Lachs 290
Warum ergibt sich das Weib der Prostitution? 296
Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. Manassein. 349 395. 495. 564
Die Stellung der Dermatologie in der Medizin, von E. Lesser 370
Über die Verhütung und Behandlung von Fingerinfektionen der Ärzte, von Paul Richter 370
Dem Andenken Max Nitzes, von R. Wohlauer 394
Nachruf an Emil Burckhardt, von B. Asakura 399
Über neue Haarfärbemittel, von E. Tomasczewski und E. Erdmann 430
Erster Bericht über die Tätigkeit des Phototherapeutischen Institutes der Universität Florenz (verb. mit der dermo-syphilopath. Klinik) für das Jahr 1905 431
Die Identifizierung der Persönlichkeit mittels Abdrücke der Fingerkuppe, von V. Bateson 431
Paraffininjektionen und -Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken, von H. Eckstein 431

Seite
Zwei Verkehrsgefahren, von Liebe ... 432
Glossitis areata chronica, von Calderone ... 498
Nekrologe auf W. Tarnowsky und J. Barthélemy, von Pospelow ... 556
Perlèche, von Bogrow ... 556
Eindrücke vom Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern, von Speranski ... 556
Das Resumé der Vorträge in der Sektion Dermatologie und Syphilographie auf dem Lissaboner medizinischen Kongrefs ... 558
Über die Häufigkeit der Hautkrankheiten, von Charles W. Allen ... 558
Vorschlag für internationalen Gebrauch von Skalen für Messungen in der Dermatologie, von C. W. Allen ... 558
Epilog zur Nitze-Feier, von E. R. W. Frank ... 564
Die vermeintlichen und die tatsächlichen Gefahren der Rute als Erziehungsmittel, von C. K. Schmidt ... 564
Skizzen aus einem Magdalenenstift, von V. Rudolf ... 564
Gutachten des Geh. Rat Prof. Dr. Franz von Liszt ... 565
Über Dirnentum und Mutterschutz, von W. Hammer ... 565. 697
Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle aus der dermatologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik, beobachtet im Studienjahr 1897/1898, von Erich Conradi ... 609
Beiträge zur Kenntnis der schmerzhaften Fettsucht, von Fressineau ... 615
Rezidivierende Stomatitis aphthosa, von Schilling ... 615
Ist der Syphilidologe existenzberechtigt? von Franz Bruck ... 615
Ein Beitrag zum Raffinement der Masturbation, von A. Wild ... 615
Syphilis und Unfallversicherung der praktischen Ärzte, von Jesionek ... 616
Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen, von A. Neisser, Baermann und L. Halberstädter ... 616
Dermatologie als Untersuchungsfeld, von B. Hartzell ... 646
Bericht über den fünften Kongrefs der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft am 4. April 1906 zu Tokio ... 655
Über die Autorennamen in der medizinischen Nomenklatur, von Hermann Orth 684
Betrachtungen über einen Fall von Pest, von Cleland ... 686
Über die Bedeutung der unentgeltlichen Konsultationen nebst Verordnungen in der Syphilisprophylaxe, von E. Thièry ... 686
Uneheliche Mütter, von M. Marcuse ... 697
Der sechste Internationale Dermatologenkongrefs ... 732
Über Arsenikneuritis, von Franz Conzen ... 732
Aufklärung als Faktor bei der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Prince A. Morrow ... 732
Die Pflicht des Ärztestandes zur Aufklärung der Geschlechtskrankheiten, von W. J. Herdmann ... 732
Die Pflicht des Staates gegen die Geschlechtskrankheiten, von Henry D. Holton 732
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Frankreich, von Theodor Tuffier 732
Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von Albert E. Carier ... 732
Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von George Whiteside ... 732
Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von Bransford Lewis ... 732

Sachverzeichnis ... 733
Namenverzeichnis ... 759

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.
Beiträge zur Pigmentfrage, von Meirowsky, Tafel I ... 155
Die Dariersche Krankheit (sog. Psorospermosis follicularis vegetans), von Felix Malinowski. Tafel II und III ... 209
Über einige Tropenkrankheiten der Haut, von Oscar Henggeler. II. Tinea imbricata. Tafel IV und V ... 325
Purpura annularis teleangiectodes, von Alfred Brandweiner. Tafel VI ... 529

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 1. 1. Juli 1906.

9290

BOSTON MEDICAL
JUN 10 1907
LIBRARY.

Aus der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten (Prof. Reiss)
der Jagiellonischen Universität in Krakau.

Über das Verhältnis des Entwicklungszyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen Krankheitsstadien.

Von

Dr. Fr. Krzysztalowicz, Privatdozent der Dermatologie der Jagiellonischen Universität.

und

Dr. Michal Siedlecki, Professor der Biologie der Jagiellonischen Universität.

Mit einer Abbildung im Text.

In unserer ersten Arbeit[1] haben wir festgestellt, dafs sowohl in primären wie in sekundären Syphiliseffloreszenzen das Treponema pallidum Schaudinn in mehr oder minder grofser Zahl leicht gefunden werden kann. Wir haben ferner auf gewisse Einzelheiten betreffs ihrer Lagerung aufmerksam gemacht: Neben einzelnen Spirochäten findet man oft mehrere der Länge nach aneinander geordnet, gleichsam Kolonien bildend, ferner Formen, die bedeutend dicker sind als gewöhnlich, und endlich gespaltene oder miteinander zusammengeflochtene Formen. Wir haben zugleich bemerkt, dafs die Spaltung der Spirochäten als ein Stadium der Längsteilung zu betrachten ist, wie solche Schaudinn bei der Spirochäte Ziemanni beschrieben hat.

Nach unserer Arbeit ist eine ganze Reihe von Publikationen erschienen, welche diesen Gegenstand behandeln, und die mit mehr oder weniger Sicherheit das Vorhandensein von Spirochäten in verschiedenen Veränderungen frischer und hereditärer Syphilis, und zwar nicht nur im Sekret, sondern auch in den syphilitischen Geweben nachweisen.

Besonders hervorzuheben ist die Arbeit von Schaudinn,[2] welcher bei der weiteren Untersuchung der morphologischen Merkmale der beiden von

[1] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1905. Bd. 41.

[2] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.

ihm beschriebenen Spirochätenarten (Spirochaete pallida und refringens) besonders darauf aufmerksam macht, dafs die Spirochaete pallida an beiden Körperenden mit Geifseln versehen ist, welche der Spirochaete refringens fehlen. In betreff der undulierenden Membran, welche er bei der Spirochaeta refringens deutlich gesehen hat, ist er der Meinung, dafs auch die Spirochaeta pallida eine solche besitzt, obwohl es bis nun nicht gelungen ist, dieselbe sichtbar zu machen.

Auf Grund unserer weiteren Untersuchungen, die wir an einem reichlichen Material[3] von verschiedenen Veränderungen frischer Syphilis durchgeführt haben, können wir feststellen, dafs das Treponema pallida sich an dem fadenförmigen, immer zugespitzten Körper, sowie an den engen und steilen Windungen erkennen läfst. Zuweilen kann man aber sowohl an frischem, lebendigem Material als auch in fixierten Präparaten beobachten, dafs ihr Körper bei der Bewegung sich zusammenziehen kann, wodurch derselbe dicker erscheint und die Windungen weniger steil und eng werden (Fig. 3), so dafs die Dicke der Spirochäten nicht als Kennzeichen der Spezies gelten kann. Als eigentliches Merkmal des Treponema pallidum können also nur ihre spitzen Enden gelten (Fig. 1).

In diesen verkürzten und verdickten Treponemen haben wir zum erstenmal den Kern dieser Gebilde beobachtet. Diesen kann man bei guter Färbung mit einer der gebräuchlichen Methoden — sogar in dünnen, feinen Spirochäten sehen (Fig. 2). Der Kern tritt in dem weniger gewundenen Teile hervor, und es macht anfangs den Eindruck, als ob die Spirochäte an dieser Stelle unterbrochen wäre. Das kommt daher, dafs der Kern vieler Protozoen gewöhnlich sehr arm an Chromatin ist, welches im Karyosom angehäuft ist. Bei genauer Beobachtung sieht man auch, dafs der freie Raum im Treponema von einem sehr feinen Umrifs umgeben ist, und nicht selten kann man an einem Ende ein ganz kleines, dunkleres Körperchen, gleichsam eine Art Karyosom, beobachten.

Auf Grund dieser Eigenschaften: des Vorhandenseins eines Kerns in dem beweglichen Körper, dessen Form somit veränderlich ist, kann das Treponema pallidum zu den Protozoen gezählt werden.

Dieses Wesen von der Form einer Spirochäte kann sich der Länge nach teilen, wie wir in unserer ersten Arbeit beschrieben haben, wobei gabelförmige und verflochtene Gebilde entstehen (Figg. 4, 5, 6). Die geteilten Spirochäten können, ohne ihre Kontinuität zu verlieren, gegeneinander eine Drehung um 180° ausführen, so dafs beide entstandene Teile eine Linie bilden, welche eine lange Spirochäte nachahmt. Dasselbe

---

[3] Das reichliche Material verdanken wir dem freundlichen Zuvorkommen der Herren Kollegen Dr. Borzecki und Prof. Reiss und der Herren Assistenten der Klinik Dr. Sotpczanski und Dr. Lenartowicz.

kann bei erhaltener Kontinuität sich mehrmals wiederholen, so dafs die entstandenen Spirochäten eine lange, ununterbrochene Kette bilden (Fig. 12).

Bisher konnten wir also nur von der asexuellen Fortpflanzung sprechen; erst die weiteren Untersuchungen von veralteten, vernachlässigten syphilitischen Veränderungen zeigten uns, dafs diese Tierart morphologische Metamorphosen eingehen und sexuelle Fortpflanzungserscheinungen darstellen kann. Wir haben nämlich verschiedene Übergangsformen zwischen Spirochäte und Trypanosoma und endlich diese letztere Form selbst beobachtet (Figg. 7, 8, 9). Vor allem sehen wir Gebilde, die den zusammengezogenen Spirochäten ähnlich, aber ein wenig dicker, länglich rund waren, deren dickeres Ende in seinem dicksten Teile einen Kern mit nicht wahrnehmbarem Chromatingerüst enthält und am anderen gegen die Verlängerung gekehrten Körperende mit einem kleinen (mit der Methode MARINOS rot gefärbten) Körperchen (gleichsam ein Blepharoblast) versehen und mit einer undulierenden Membran bewaffnet ist — das typische Bild eines Trypanosoma, für welches wir die Benennung Trypanosoma luis[4] vorschlugen. Die Feststellung der Tatsache, dafs eine Spirochäte in ein Trypanosom übergehen kann, ist von hoher Wichtigkeit, denn sie beleuchtet das Wesen der Gebilde, die bisher als Spirillen betrachtet und zu den Bakterien gezählt wurden. Diese Beobachtungen stimmen ferner mit der Ansicht SCHAUDINNS[5] überein, welcher die Spirochäten als eine Entwicklungsform der Trypanosomen betrachtet.

In der Entwicklungsgeschichte der Spirochaeta pallida kommt dem Trypanosom die Rolle der weiblichen Fortpflanzungszelle (Macrogamet) zu, und verliert dasselbe das Fortpflanzungsvermögen durch die Längsteilung nicht; nur scheint der Kern während dieser Teilung gewisse Metamorphosen durchzumachen (Fig. 10).

Neben den Typanosomen sahen wir in denselben Präparaten Spirochätenformen, welche sich von den gewöhnlichen erheblich unterscheiden. Ihr Körper war bedeutend länger und dicker, sie enthielten je einige Kerne mit deutlichen Umrissen und intensiver gefärbten Körperchen; ihre Windungen waren zwar weiter als bei gewöhnlichen Spirochäten, aber ihre Körperenden waren verlängert und zugespitzt (Fig. 13). Aufser diesen fanden wir noch kleine, kurze Gebilde mit zugespitzten Enden, mit einer Schlangenwindung und einem Kern. Diese Gebilde sahen wir zuweilen in eine Reihe Ketten geordnet, zuweilen in Längsteilung begriffen — so wie gewöhnliche Spirochäten. Auf Grund dieser Beobachtungen gelangten wir zum Schlusse, dafs diese kleinen Gebilde durch Spaltung der grofsen, vielkernigen Spirochäten entstehen, welche durch enges Zusammenleben

[4] *Die Verhandl. d. Akademie d. Wissensch. in Krakau.* Nov. 1905. Bd. XLV. B.
[5] *Arbeit. a. d. Gesundheitsamte in Berlin.* 1904. Bd. XX. H. 3.

von Spirochätenindividuen zu einer Kolonie gebildet werden können (Fig. 14).

Diese kleinen Gebilde sind die männlichen Zellen oder Mikrogameten, was wir durch den Fund von Konjugationen derselben mit Trypanosomindividuen feststellen konnten (Fig. 11). Die weitere Entwicklung konnte nicht erforscht werden, vor allem aber nicht die Form, welche nach der Befruchtung des Trypanosoms entsteht. Es ist nur zu vermuten, dafs das Trypanosom in eine Dauerform übergeht, die uns noch unbekannt ist.

Aufser diesen verschiedenen Formen, welche auf die Spirochäten oder Trypanosome bezogen werden konnten, fanden wir noch Gebilde, deren Bedeutung wir vorläufig nicht erklären können. Ein Teil stellt halbmondförmige, sichelförmige Körper vor, mit abgerundeten Enden und deutlichem Kern; andere waren rund, von der Gröfse $^1/_6$ des Durchmessers eines roten Blutkörperchens und gleichfalls deutlichem Kerne; wieder andere bildeten gerade oder etwas gekrümmte spindelförmige Körper von der Länge einer mittelgrofsen Spirochäte, mit einem oder mehreren Kernen.

Die interessantesten Gebilde beobachteten wir im Serum aus einer auf der Oberfläche eines Hautknötchens künstlich hervorgerufenen Blase. Es waren nämlich längliche, unregelmäfsig wellenförmige Körper, gröfser und dicker als die Spirochäten im Durchschnitt; an deren Körperenden sahen wir mehr oder minder deutliche Erweiterungen, welche bei manchen sogar die Form von Lappen annahmen. Ihr Plasma färbte sich schwächer als die Spirochätenkörper, und in demselben sah man einige verschieden gelagerte Kerne (Figg. 15, 16).

Vorläufig ist es schwer, das Wesen dieser rätselhaften, fraglichen Gebilde zu bestimmen, — doch liegt der Gedanke nahe, dafs besonders diese letzteren eine Entwicklungsform des Treponema pallidum bilden könnten.

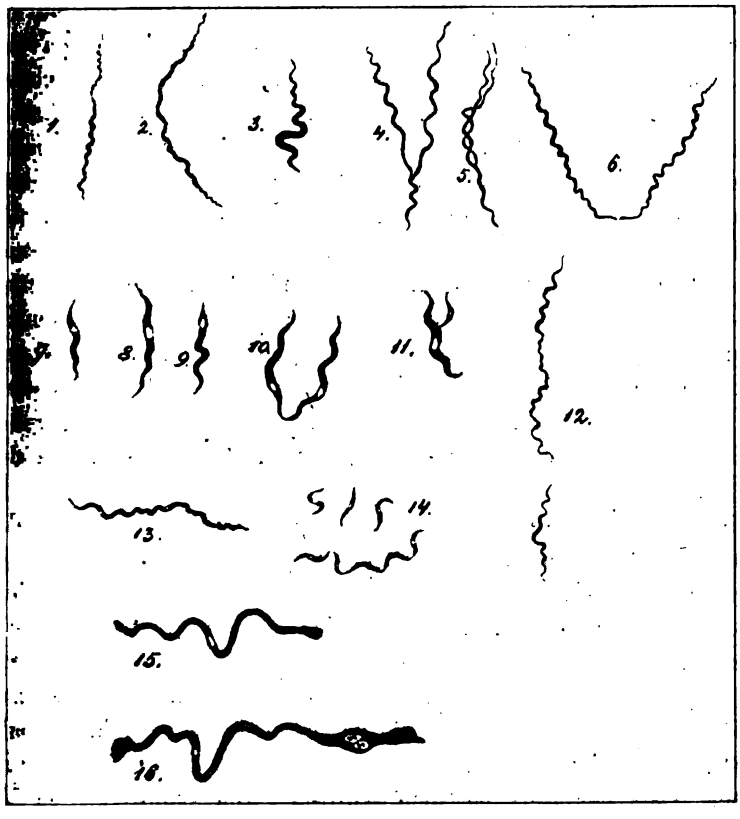
Betrachtet man die verschiedenen Spirochätenformen und deren Metamorphosen, so kann man von vornherein annehmen, dafs wenigstens manche von ihnen einzelnen gewissen klinischen Krankheitsstadien entsprechen. Auf Grund der Analogie mit anderen derartigen Parasiten kann angenommen werden, dafs es verschiedene Entwicklungsstadien des Treponema pallidum SCHAUDINN gibt und dafs das Krankheitsbild der Syphilis, namentlich das periodische Auftreten der Veränderungen, eben durch diese Entwicklung des Parasiten bedingt ist. Solange aber die Untersuchungen über das Verhältnis des Parasiten zu den verschiedenen Krankheitsstadien kein feststehendes ist, kann der Zusammenhang zwischen dem Fortpflanzungsstand des Wesens mit den Krankheitsperioden nur als ein hypothetischer gelten.

Eine derartige Annahme wurde auch geäufsert von HALLOPEAU[6] in

[6] *Journ. d. malad. cut. et syph.* 1905. Nr. 8. 9.

bezug auf die sekundäre Syphilis im Gegensatz zu den Veränderungen der Spätsyphilis, und von Lipschütz,[1] welcher unzweifelhaft dem Typus der Spirochaeta pallida ähnliche Spirochäten, aber von verschiedener Gröfse und Form, gesehen hat.

Sobald das Virus durch eine Epithelverletzung in den Organismus eingedrungen ist, entsteht nach einer reaktionsfreien Zeit (drei bis vier Wochen) an der Infektionsstelle eine Infiltration, welche wir mit dem Namen initiale Sklerose bezeichnen. Schwellung der Lymphdrüsen tritt



fast gleichzeitig mit, häufiger aber eine gewisse Zeit nach dem Erscheinen der initialen Sklerose auf. Schon im Augenblick, als die initiale Sklerose erschienen ist, betrachten wir die Krankheit nicht als lokale, sondern als eine allgemeine, — so dafs die Exzision der Infiltration, ja sogar die Exstirpation der nächsten Lymphdrüsen das Auftreten der Allgemeinerscheinungen wohl sehr oft zeitlich verschieben, nicht aber gänzlich verhindern

[1] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.

kann. Doch scheint die initiale Sklerose in manchen Fällen eine bloſs lokale Erscheinung zu sein; — es sind nämlich spontane Überimpfungen von Sklerosen in benachbarte Stellen bekannt.

Es ist also in bezug auf die vorgefundenen Spirochäten anzunehmen, daſs das Virus in der zu asexueller Fortpflanzung fähigen Form in den Organismus gelangt, daſs diese Fortpflanzung höchstwahrscheinlich sogleich nach dem Eindringen der Spirochäten in die Gewebe des Organismus vor sich geht und — nachdem dieselben sich bedeutend vermehrt haben — sie jene Infiltration um die oberflächlichen Hautgefäſse hervorrufen, die wir in der initialen Sklerose sehen. Möglicherweise hängt die Entwicklung der Infiltration um die oberflächlichen Hautgefäſse mit dem Gasaustausch dieser Hautschicht oder mit dem Stoffwechsel dieses sich schnell vermehrenden Hautteils zusammen. Gleichzeitig geht das Virus in die nächsten Lymphdrüsen über und ruft in denselben charakteristische Veränderungen hervor. Es ist also als sicher anzunehmen, daſs auch die Lymphwege in der Umgebung des Primäraffektes infiziert sind. Als klinischen Beweis dafür könnte man anführen die so oft vorkommende Sklerose des Lymphgefäſses am Penisrücken und die so häufig auftretenden Rezidive in der von der initialen Sklerose primär eingenommenen Gegend.

Zugleich ist aber auch anzunehmen, daſs mit der Vermehrung der Spirochäten gleichzeitig Toxine entstehen, welche leichter als die Spirochäten in den Blutkreislauf gelangen und die Immunität gegen dieses Virus hervorrufen, welche in der Regel durch das ganze Leben des Infizierten andauert.

Die ausnahmsweise vorkommende Überimpfung des Primäraffektes auf die Nachbarschaft oder in eine gegenüberliegende und mit ihm in Berührung kommende Hautstelle könnte eben dadurch erklärt werden, daſs die Spirochäten auf dem Lymphwege sich auf die Umgebung verbreiten, wo der lokale Reiz eine Hyperämie hervorruft, welche höchstwahrscheinlich durch die Zufuhr gröſserer Nahrungsstoffmengen die Fortpflanzung der Infektionserreger begünstigt. An der gereizten Stelle tritt daher bald nach der ersten Infiltration eine Effloreszenz auf mit den Merkmalen der initialen Sklerose. Daſs der Reiz bei dem Auftreten von syphilitischen Veränderungen eine wichtige Rolle spielt — darüber Näheres bei der Besprechung der sekundären Veränderungen. Ebenso haben wir in den in der Umgebung des Primäraffektes so oft auftretenden Veränderungen, die keine syphilitischen Merkmale aufweisen — in zwei untersuchten Fällen beide Male deutliche Spirochäten (Spirochaeta pallida) gesehen.

Die Untersuchung des Sekrets der Initialsklerose belehrt, daſs diese Annahmen in der Verschiedenheit der Formen des gefundenen, sich fortpflanzenden Virus wohl begründet sind. In frischen Infiltrationen sieht man zahlreiche Spirochäten von verschiedener Länge, gröſstenteils gut ent-

wickelt; — in vielen ist der Kern angedeutet, in manchen sieht man die Längsteilung, andere sind in Längskolonien geordnet. — In etwas länger (zwei bis drei Wochen) dauernden Infiltrationen nimmt die Zahl der gut entwickelten Spirochäten bedeutend ab — solche findet man nur noch hier und da in Präparaten aus der serösen Flüssigkeit, die sich aus der Infiltration auspressen läßt. Neben diesen findet man die oben beschriebenen kleinen Spirochäten, deren Zahl mit der Dauer der Sklerose zunimmt. In einem noch späteren Stadium, wenn die Infiltration von den Rändern her mit Epithel sich zu bedecken beginnt, findet man typische Spirochäten schwerlich, dafür aber erscheinen die Trypanosome, von denen manche im Kopulationsstadium mit den Mikrogameten sich darstellen. Diese Verschiedenartigkeit der Formen, in welchen der Parasit in verschiedenen Entwicklungsphasen der Initialsklerose auftritt, ist von hoher Wichtigkeit, denn sie scheint zu beweisen, daß dieser Parasit nur einige Generationen hindurch asexuell sich fortzupflanzen vermag, wonach diese Fähigkeit abnimmt oder vielleicht gänzlich verschwindet. Erst nachdem er den sexuellen Fortpflanzungsprozeß durchgemacht hat, gewinnt er die Fähigkeit wieder, sich durch Teilung zu vermehren.

Am schwierigsten ist auf Grund des Verhaltens der Parasiten das Stadium incubationis der Krankheit zu erklären: — von dem Augenblicke, in welchem das Virus in den Organismus eingedrungen ist, bis zu der initialen Sklerose, welche sich bildet, nachdem die Infektion bereits zur allgemeinen wurde.

Ein verschieden langes Inkubationsstadium beobachten wir wohl fast bei allen mikrobischen Infektionskrankheiten, und wir nehmen dabei an, daß zur Entwicklung der Krankheit eine gewisse Zahl von Mikroben nötig sei, welche durch die Infektionspforte in den Organismus eindringen und in demselben sich entwickeln. Man könnte also annehmen, daß auch bei der Infektion mit syphilitischen Spirochäten eine gewisse Zeit nötig sei, bis eine genügende Zahl derselben sich ausbilden und die initiale Sklerose hervorrufen kann; den von den Spirochäten produzierten Toxinen dagegen ist es zuzuschreiben, daß der Organismus von diesem Augenblick an gegen eine erneute Infektion immun ist. Die Impfung von Affen, wie auch die Untersuchung des Blutes in dem Inkubationsstadium wird zur Beleuchtung dieser Frage, eventuell zur Begründung der obigen Annahme beitragen. Ein analoges Inkubationsstadium beobachten wir bei der Malaria (bis zwölf Tage), wo wir mit einem ähnlichen Virus zu tun haben. Auch hier müssen die durch den Stich der Insekten in den Organismus gelangenden Infektionserreger sich daselbst entwickeln, und erst nachdem dieselben eine bedeutende Vermehrung erfahren haben, treten plötzlich die allgemeinen Krankheitserscheinungen auf. Bei der Syphilis dagegen kommt es zu einer Manifestation an der Infektionsstelle und zur Schwellung der

benachbarten Lymphdrüsen — ohne deutliche Allgemeinerscheinungen, aber mit Immunisierung des Organismus gegen das syphilitische Virus —, was gewissermafsen schon für eine Allgemeininfektion sprechen dürfte. Dieses Verhältnis des Primäraffektes zu der Allgemeininfektion des Organismus könnte dadurch erklärt werden, dafs der gröfste Teil der an der Infektionspforte sich entwickelnden Parasiten in den unmittelbar affizierten Geweben zurückbleibt, während ein kleiner Teil derselben — höchstwahrscheinlich durch die Lymphbahnen — sich sogleich über den ganzen Organismus verbreitet. Die in grofser Zahl an Ort und Stelle zurückgebliebenen Spirochäten rufen durch ihre unmittelbare Wirkung auf die Umgebung den Primäraffekt hervor; die wenigen dagegen, die sich über den ganzen Organismus verbreiten, sind zu schwach, um gleichzeitig mit dem Primäraffekt ähnliche Veränderungen auch in anderen Organen hervorzurufen; wohl aber vermögen sie die Immunisierung des ganzen Organismus zu bewirken.

Nach dem Latenzstadium der Krankheit bezw. nach der zweiten Inkubation der Syphilis treten auf der Haut die Exantheme — die sogenannten sekundären Erscheinungen — auf, welche grofse Strecken der Haut und nicht selten auch die Schleimhäute einnehmen. Im klinischen Sinne betrachten wir diese Erscheinungen als den Ausdruck der Verallgemeinerung der Krankheit. Aber schon dieser erste Ausbruch der Allgemeinerkrankung kann als Rezidiv aufgefafst werden, welches in verschiedener Form zur Erscheinung kommen kann. In vielen Fällen beobachtet man noch vor der Eruption des Exanthems Erscheinungen, welche von einer Allgemeininfektion zeugen. Bei manchen Kranken treten vor, bei anderen fast gleichzeitig mit der Eruption des Exanthems — welches an verschiedenen Körperteilen langsam zum Vorschein kommt — allgemeines Schwächegefühl, Kopfschmerzen, oft Schüttelfrost und Temperatursteigerungen bis 40° auf; zuweilen kommen auch Erbrechen oder andere Magendarmstörungen vor.

Auf Grund dieser Erscheinungen dürfte man annehmen, dafs das organisierte Virus, nachdem es durch den sexuellen Prozefs verjüngt worden ist — in diesem, vom ersten verschiedenen Inkubationsstadium, während dessen der Primäraffekt nicht selten schon gänzlich abgeheilt ist —, in den Blutkreislauf gelangt, wo es sich sehr schnell vermehrt, den ganzen Organismus mit Infektionserregern erfüllt und dadurch die erwähnten Allgemeinstörungen hervorruft.

Bisher erklärte man diese Erscheinungen mit der Toxinenentwicklung so, dafs man dieses Stadium eher auf eine Intoxikation als eine Infektion zurückführte. Jetzt, da wir das Virus und zum Teil auch dessen Natur kennen gelernt haben, dürfen wir vielmehr annehmen, dafs die Infektion durch das sich vermehrende und mit dem Blut über den ganzen Organismus verbreitende Virus die Ursache jener Erscheinungen ist, wie wir

solche nicht selten bei verschiedenen akuten Infektionskrankheiten beobachten, bei welchen Manifestationen in der Haut vorkommen. Damit müßte man aber auch zugleich annehmen, daß es im Organismus Stellen gibt, welche der Fortpflanzung des Parasiten besonders günstige Bedingungen bieten. Und da liegt der Gedanke nahe, daß es wohl der Lymphapparat sein mag, welcher für seine Entwicklung die günstigsten Bedingungen darstellt.

Die Untersuchung von längerdauernden Initialsklerosen wie auch die von Lymphdrüsen könnte in dieser Beziehung Aufschluß geben. In diesen fand man nämlich — wie erwähnt — nur wenige Spirochäten, dafür aber Mikrogameten und Trypanosomen, zuweilen auch deren Konjugationen. Man kann somit annehmen, daß nach der Kopulation irgend eine andere Form sich ausbildet oder aus der Fortpflanzung der letzteren Spirochäten entstehen, welche sich durch die Blut- und vielleicht auch Lymphbahn über den ganzen Organismus verbreiten, dessen Reaktion sich in jenen Allgemeinerscheinungen äußert. Erst nachdem diese verjüngten Gebilde an verschiedenen Hautstellen sich festgesetzt haben, erfolgt die Eruption des Exanthems, welches jedoch am häufigsten nicht auf einmal auf der ganzen Hautoberfläche, sondern allmählich, und zwar erst am Bauch, Rücken, Brustkorb, dann an den Extremitäten auftritt. Es ist wichtig, hinzuzufügen, daß in diesem Stadium nicht bloß die der Infektionsstelle nächstliegenden, sondern auch andere Lymphdrüsen gewöhnlich in Schwellung geraten.

Wir nehmen somit an, daß das Virus entweder in irgend einer anderen (uns noch unbekannten) Form oder in der Form von Spirochäten, die aus der Befruchtung jener hervorgehen, sich im Organismus verbreitet, und die darauf folgende weitere asexuelle Vermehrung — ähnlich wie im syphilitischen Primäraffekt — die Entstehung von charakteristischen Infiltrationen um die Gefäße verursacht, welche klinisch das Bild von Flecken, Knötchen u. dgl. Effloreszenzen darstellen. Auch hier zeigten die mikroskopischen Untersuchungen rücksichtlich der im Safte aus dem Knötchen oder in der serösen Flüssigkeit aus einer am Knötchen erzeugten Blase vorhandenen Parasiten — in nicht lange dauernden Fällen — eine große Zahl von meist langen und gut entwickelten Spirochäten. In Knötchen dagegen, welche bereits längere Zeit (vier bis zehn Wochen) bestanden, war die Spirochätenzahl bedeutend kleiner und konnte man hier auch spärliche kleine Trypanosomen finden. In der serösen Flüssigkeit aus an älteren Knötchen erzeugten Blasen waren keine langen Spirochäten mehr, dagegen fanden wir hier und da Trypanosomen und amöboide Körper, die wir eben erwähnten.

Die Untersuchungen der Lymphdrüsen zeigten, daß in denselben Spirochäten vorhanden sind; doch sind diese Untersuchungen noch nicht

abgeschlossen, und können wir vorläufig noch nicht mit Sicherheit feststellen, ob hier nicht etwa noch andere Gebilde existieren.

Der Einfluſs des Hautreizes auf das Auftreten der syphilitischen Exantheme ist allgemein bekannt. Deshalb finden wir neben dem allgemeinen Exanthem, welches die Haut über groſse Strecken bedeckt, tiefer greifende Veränderungen an Stellen, welche dem Reiz ausgesetzt sind, z. B. die bei Frauen so häufigen breiten Kondylome an den Schamlippen, bei Männern an der Haut des Hodensacks, an der Innenfläche der Ohrmuschel, um den Anus, bei Rauchern treten sehr oft Veränderungen in der Mundhöhle und im Rachen auf, und überhaupt an Stellen, welche dauernden Druck erleiden, z. B. in der Taille bei Frauen. Die gereizten sowie die druckleidenden Stellen werden hyperämisch, wodurch einerseits mehr Parasiten in diese Bereiche zugeführt werden können, andererseits werden dadurch auch bessere Bedingungen für deren Entwicklung geschaffen.

Gröſsere Schwierigkeiten bietet die Erklärung der syphilitischen Rezidive, welche gewöhnlich sehr unregelmäſsig in bezug auf Zeit, Ort und Verteilung der Veränderungen auftreten. Das erste Exanthem nimmt in der Regel fast die ganze Hautoberfläche ein, die Rezidive dagegen lokalisieren sich meist nur am Rumpfe, und ihre Verteilung in der Haut und den Schleimhäuten ist asymmetrisch. Es ist also anzunehmen, daſs das aus der Befruchtung hervorgehende Wesen nicht nur an irgend einem bestimmten Orte, z. B. in den Lymphdrüsen, verweilt, sondern daſs es im Blute zirkulieren und sogar in den peripheren Gefäſsen der Haut sich festsetzen kann. Diese Wesen selbst rufen keinerlei Veränderungen hervor; die syphilitischen Effloreszenzen entstehen erst, nachdem aus diesen Dauerformen Spirochäten sich ausbilden, welche Infiltrationen verursachen. Daher kommt es, daſs man in allen kurzdauernden Veränderungen, sei es beim ersten Exanthem oder bei Rezidiven, mehr oder minder zahlreiche Spirochäten leicht nachweisen kann, welche bei längerem Andauern der Effloreszenzen die oben erwähnten Metamorphosen erfahren, um nach der Befruchtung wieder eine Dauerform zu bilden.

Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, daſs die Zahl der Rezidive keine feststehende ist, daſs dieselbe höhstwahrscheinlich von den individuellen Eigenschaften des Organismus abhängt, welcher auf das in ihm enthaltene Virus verschieden reagiert. Auch können wir aus der Zahl oder Form dieser Rezidive nicht schlieſsen, ob die Krankheit ganz erloschen ist, ob sie nicht nach Jahren in Formen sich manifestieren wird, welche wir als späte oder tertiäre Erscheinungen bezeichnen. Wir beabsichtigen hier nicht, uns auf die Frage der Häufigkeit dieser Spätsyphilis oder der Bedingungen, unter welchen dieselben auftreten, einzulassen — Fragen, die so oft in der Literatur erörtert wurden und immer noch offen stehen.

Uns kommt es auf die naheliegende Frage an, welches Verhältnis zwischen dem bekannten syphilitischen Virus und diesen tertiären Veränderungen bestehen. Der hervorragendste klinische Unterschied besteht darin, dafs Affektionen Gewebszerstörungen bewirken, so dafs nach ihnen mehr oder minder deutliche Narben zurückbleiben. Die histologische Untersuchung bestätigt das klinische Bild vollständig; sie zeigt nämlich die Entstehung von Riesengebilden, Obliteration der Gefäfse, Nekrose von ganzen Gewebsmassen. Die von verschiedenen Autoren, wie auch die von uns unternommenen Forschungen nach Spirochäten ergaben jedoch negative Resultate, so dafs diese Frage vor der Hand ebenso dunkel ist wie sie bisher war. Die Entdeckung des syphilitischen Virus hat in dieser Beziehung vorläufig keinen Aufschlufs gegeben.

Andererseits liefern die Versuchsimpfungen an Affen sehr interessante, diese Frage beleuchtende Tatsachen. Finger erhielt einmal und Neisser zweimal positive Resultate nach Einimpfung der Wand eines Gummas. Beide Forscher wissen aber nicht, wie lange ihre Fälle gedauert hatten, ob dieses Stadium auch der Zeit nach ein spätes war oder diese Veränderungen kurz nach der initialen Sklerose aufgetreten waren.[8] Die klinische Erfahrung lehrt nämlich, dafs es sogenannte maligne Formen der Syphilis gibt, bei welchen schon im frühen Stadium Zerfallsveränderungen in der Haut oder sogar in den inneren Organen auftreten können. Die von uns durchgeführten Untersuchungen derartiger Veränderungen in der Haut bei maligner Syphilis zeigten das Vorhandensein von Spirochäten. Diese Untersuchungen zusammen mit den Versuchen Fingers und Neissers beweisen, dafs in denjenigen Zerfallsveränderungen, bei denen im Beginn stets eine starke Infiltration um die Gefäfse die Haupterscheinung ist, — die Spirochäten eine Rolle spielen. Der Zerfall des Gewebes selbst kann in gleichem Mafse durch die sekundären Veränderungen im kranken Organismus, wie auch durch eine uns noch unbekannte Form des Parasiten bedingt sein.

Aufserdem macht sich noch die Frage der Infektiosität und der Stadien der Syphilis geltend. Wann diese Infektiosität erlischt, wissen wir eigentlich nicht. Das Auftreten von Veränderungen mit den Merkmalen der Spätsyphilis ist noch kein Beweis dafür, dafs die Infektiosität erloschen ist — wie dies schon aus den oben angeführten Tatsachen folgt. Wir besitzen also in dieser Beziehung kein Kriterium. Aus den bisherigen Untersuchungen scheint mit grofser Wahrscheinlichkeit hervorzugehen, dafs — damit die Infektion zustande komme — das syphilitische

---

[8] In seiner letzten Arbeit (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13) hat Neisser bewiesen, dafs man bei Einimpfungen der unzerfallenen Gummateile positive Resultate bei Affen bekommt, indem die nekrotisierten Teile negative ergeben.

Virus in der zur asexuellen Fortpflanzung fähigen Form — also entweder als befruchtete Zellen oder als junge Spirochäten — in den Organismus gelangen muſs.

Von gröſserer Wichtigkeit scheint die Frage der Immunität des infizierten Organismus gegen erneute Infektion von auſsen her zu sein. Es ist allgemein bekannt, daſs schon im Stadium der Initialsklerose das infizierte Individuum gegen eine erneute Infektion immun ist; das von auſsen her in einen solchen Organismus eingedrungene frische Virus wird in demselben höchstens eine dem sekundären Stadium entsprechende Veränderung hervorrufen. Es hat also den Anschein, daſs nicht die ganze Haut gegen das Virus immun wird, wie dies ja das wiederholte Auftreten von Exanthemen beweist, welches bei vollständiger Immunität nicht erfolgen könnte.

Andererseits beobachten wir nicht selten, daſs andersartige Infektionen, mechanische oder chemische Reizungen der Haut von Syphilitischen ähnliche Veränderungen verursachen — und zwar sogar in einem Stadium, in welchem die allgemeinen sekundären Erscheinungen noch nicht aufgetreten sind.

Diese letzteren Tatsachen dürften dafür sprechen, daſs ein Reiz von welcher Art immer in diesem Sinne wirkt, daſs er die Entwicklung der im Organismus bereits vorhandenen Spirochäten anregt oder den Andrang derselben an die gereizte Stelle veranlaſst. Man könnte somit mit Neisser annehmen, daſs es eine periodische Immunität gibt, welche mit Stadien, in welchen diese Immunität fehlt, abwechselnd auftritt. — Endlich könnte man mit Bezug auf die periodische Entwicklung des Virus, seine verschiedenen Formen, auch eine Immunität gegen gewisse Entwicklungsformen annehmen. So könnten z. B. in einem Organismus, welcher auf die in ihm selbst vorhandenen befruchteten Zellen nicht reagiert, — die von auſsen eingeführten oder die von ihm selbst stammenden und in die Hautgewebe gelangten Spirochäten — für die Syphilis charakteristische Erscheinungen erzeugen.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juni 1906.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Pinkus demonstriert eine 21jährige Frau, die seit zwei Jahren an ausgedehnten **pigmentlosen** und **atrophischem Herden** am Nacken leidet, in deren Mitte sich **lichenisierte Partien** befinden. Der Pigmentverlust beginnt stets ganz klein in der Umgebung der Follikel, durch allmähliche Ausbreitung und Konfluenz kommen die

großen Herde zustande. Die Umgebung ist pigmentreicher. Daneben besteht eine an die Follikel gebundene Urticaria factitia. P. erörtert die Beziehungen zu anderen atrophischen und depigmentierten Affektionen (Vitiligo, Hydroa vacciniformis, Neisseas Fall der Ikonographia dermatologica). Beiläufig bemerkt er eine eigene Beobachtung von Hämatoporphyrinurie bei Hydroa.

Diskussion: Heller erinnert an die eigentümliche Erkrankung der Haustiere, welche nur die farblosen Stellen betrifft (Brand der weißen Hautstellen). Schultz bemerkt, daß diese Erscheinung als Folge der Winterfütterung (Buchweizen) bekannt sei und von den Schäfern durch Einteeren der Tiere überwunden würde. Nach einiger Zeit Weidefütterung seien die Tiere gegen den Einfluß äußerer Einwirkungen wieder geschützt. Die Affektion stehe in Analogie zur Pellagra. Reizwirkungen durch Licht sind auch bei Erysipel oft heftig, und in der Lichtabhaltung bestehe wohl die Wirkung der dunklen Verbände. Lesser erwähnt die Unterschiede in den Folgen der Insolation auf weißer und auf bereits durch Sonnenwirkung gefärbter und geschützter Haut. Er hat Hämatoporphyrinurie bei einem mit Thiosinamininjektionen behandelten Sklerodermiefall gesehen.

2. Marcuse demonstriert einen Fall zur Diagnose. Mann in mittleren Jahren. Am nächsten steht der Affektion Jadassohns **Dermatitis nodularis psoriasiformis.** Dazwischen bestehen Follikulitiden. Die Affektion besteht seit vielen Jahren.

Diskussion: Juliusberg bestätigt diese Diagnose. Saalfeld hält den Ausschlag für Acne necroticans, Gebert schließt sich dieser Ansicht an. Juliusberg findet nur als Komplikation der Dermatitis nodularis Follikulitiden und Acne necrotica, während die Hauptmasse des Ausschlags der Acne necrotica nicht entspricht. Saalfeld behauptet, daß die Acne necroticans des Kopfes und die des Körpers zwei ganz verschiedene Affektionen seien, um letztere handle es sich hier.

3. Heller legt Bilder von **Lupus erythematodes** des Gesichts, Körpers und **der Nägel** vor (Fall von Prof. Rille) und bespricht einen eigenen Fall.

4. Wechselmann berichtet über die bedeutende Besserung und den fast völligen Schwund des Juckens in seinem Fall von **Erythrodermie** bei **Pseudoleukämie,** nachdem er die geschwollenen Inguinaldrüsen entfernt hat.

5. Wechselmann berichtet über den weiteren Verlauf eines als Erythema nodosum bei Syphilis vorgestellten Falls. Es handelte sich, wie spätere Erforschung ergab, um Infiltrate und Abcesse nach Morphininjektionen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 80. Heft 1. Mai 1906.

I. **Beiträge zur Frage der Hautveränderungen bei Pseudoleukämie,** von Paul Linser-Tübingen. Erst vor kurzem haben Pinkus und Nikolau die Literatur dieser Fälle gesichtet und einige neuere Fälle hinzugefügt, zu denen jetzt zwei aus der Tübinger medizinischen Klinik hinzukommen. Im ersten Falle handelt es sich um multiple Tumoren, die, in der Haut beginnend, durch kontinuierliches Weiterwachstum im angrenzenden Bindegewebe und in der Muskulatur sich ausbreiten. Das Übergreifen auf die Muskulatur bestätigte die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Probeexcision aus dem Unterarme. Letztere ergab Rundzelleninfiltration ohne charakteristische Anordnung. Durch das Resultat der Blutunter-

suchung wurde erst ein befriedigendes Licht auf den Fall geworfen; es handelte sich um eine relative Vermehrung der Lymphocyten im Blute und eine Pseudoleukämie mit Hauttumoren. Bei dem zweiten Patienten handelt es sich um eine typische Erythrodermia exfoliativa, deren anatomisches Substrat in einer Lymphocyteninfiltration der ganzen Haut bestand mit Ödem im Beginn. Später schwand das letztere und hinterliefs nur noch das Infiltrat. Dabei ergab der Blutbefund eine ausgesprochene Lymphocytose. Zusammen mit der Schwellung der Milz, der Leber und der oberflächlichen Lymphdrüsen zeigte sich also das Bild einer sicheren Pseudoleukämie. Diese Lymphocytose wuchs allmählich auf 94% an, dabei nahm auch zuletzt die absolute Zahl der Leukocyten zu, so dafs man beim Tode des Patienten von einer lymphatischen Leukämie reden konnte. Es handelte sich mithin um einen Übergang von Pseudoleukämie in echte lymphatische Leukämie, was für die Verwandtschaft beider Leiden spricht. Linser teilt die Ansicht von Pinkus, welcher sagt, dafs die Veränderungen in der Haut bei Pseudoleukämie und Leukämie nicht durch Zufuhr von Lymphocyten, sondern am Ort des Tumors selbst aus den in der Norm schon vorhandenen Spuren lymphatischen Gewebes entstehen, da sich ja auch in diesen beiden Fällen ganz akuter Rückgang der Tumoren bezw. der Erythrodermie unter dem Einfluſs von akuten Infektionskrankheiten zeigte.

II. **Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung,** von F. R. M. Berger-Köln. Verfasser beschreibt eingehend einen echten Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, bei dem verschiedene interessante Beobachtungen gemacht wurden. Reiben der Haut erzeugte stets Blasen, welche durch Stechen und Kratzen nie entstanden. Spontan entstehen Blasen mit Vorliebe an den Extremitäten, die Hautstellen röten sich, jucken, innerhalb kurzer Zeit entstehen dann die Blasen, sie sind zuerst klein, wachsen aber schnell und trocknen nach einigen Tagen wieder ein. Der Inhalt ist serös, zuweilen hämorrhagisch. Eine Abhängigkeit der Blaseneruption von der Jahreszeit ist nicht zu konstatieren, Hyperhydrosis der Handteller oder Fufssohlen fehlen, keine Erhöhung der Körperwärme. Arsentherapie war erfolglos. Die Bestrahlung mit Röntgenlicht zeigte, dafs die mit Röntgenlicht erzeugten und der Haut unmittelbar applizierten Strahlen das Gewebe auffallend leicht alterieren, sie wirken als Reiz wie ein anderes mechanisches Irritament, nämlich im Sinne der spezifischen Vulnerabilität, blasenbildend. Wenngleich der Zustand zuerst nach der Bestrahlung sich verschlechterte, so bemerkt Verfasser, dafs sich auf den Hautpartien, die die Reaktion zeigten, später nie wieder Blasen zeigten, und dafs die bestrahlten Hautpartien später einen im ganzen derberen und festeren Eindruck machten.

III. **Beitrag zur Lehre von den symmetrischen Gesichtsnaevi,** von J. Csillag-Budapest. Unter den symmetrischen Gesichtsnaevis versteht man die Fälle, bei welchen von der Geburt oder von den ersten Kindesjahren, spätestens von der Pubertät angefangen, regelmäfsig an gewissen Stellen des Gesichtes, und zwar auf dem Nasenrücken, auf den Nasenflügeln, in den Nasolabialfalten, auf der Lippenhaut, sowie auf dem Kinn und der ganzen Nasengegend, eventuell auch auf der Stirn, kleine Geschwülste von der Dicke und Gröfse eines Mohn- bis Hanfkorns auftreten. Diese Geschwülste rufen kaum subjektive Symptome hervor, sind flach, halbkugel- oder pilzförmig, von der Farbe der gesunden Haut, weifs, gelb oder rötlich, schlaff, weich oder ganz knorpelhart und gutartig. Über einen solchen Fall von symmetrischen Gesichtsnaevi berichtet Verfasser. Histologisch bestanden die untersuchten Tumoren teils aus vermehrten und erweiterten Kapillaren, teils aus von elastischen Fasern freiem, zellenreichem, vermalutem Kollagen, wie es auch Darier, Kopp und Winkler gefunden haben.

IV. **Ein Fall von Folliculitis cutis blennorrhoica,** von Carl Cronquist-Norrköping-Schweden. Blennorrhoische Erkrankungen der Haarfollikel oder ihrer Anhangsgebilde sind so selten, dafs bisher erst ein einziger Fall von Jatho und Jessionek beschrieben worden ist. Verfasser beobachtete einen zweiten bei einem 21jährigen Töpfer, der neben einer stark laufenden Blennorhoe am Bauche ein kaum erbsengrofses, stark entzündliches Knötchen in der Haut hatte, welches sich wenig über die Hautoberfläche erhob. Der aus dem Knötchen quillende Eitertropfen enthielt reichlich Gonokokken. Es handelte sich, wie auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte, um eine Folliculitis und Perifolliculitis blennorrhoica, aber während beim Fall Jatho-Jessionek der Follikel selbst in seiner Integrität erhalten geblieben war, war es hier zur Berstung der Follikelwandung und dadurch zur Bildung eines perifollikularen Abscesses gekommen, entweder durch die Intensität des Prozesses an sich, oder weil die produzierten Eitermassen durch besondere Enge des Follikelhalses sich auf diesem Wege zu entleeren verhindert worden sind.

V. **Über Pigmentnaevi,** von G. Pollio-Turin. Verfasser untersuchte an der Berner dermatologischen Klinik folgende vier Objekte: 1. glatte, grofse, hellbraune Pigmentnaevi, 2. Epheliden, 3. Lentigines, 4. Pigmentierungen bei der Recklinghausenschen Krankheit. Nach seinen Untersuchungen fand er, dafs es nach ihrer histologischen Struktur wesentlich drei Gruppen gibt: solche, die wir als reine Pigmentnaevi, solche, die wir als pigmentierte weiche Naevi bezeichnen können, und eine dritte Gruppe von Pigmentflecken, welche nicht die charakteristischen Zellnester der letzteren enthalten, aber durch die Strukturveränderung im Epithel (Akanthose) und in der Cutis (Zellinfiltration) von den reinen Pigmentnaevis unterschieden sind.

Die gemeinschaftliche klinische und histologische Charakterisierung wäre folgende:

1. Reine Pigmentnaevi:
   a) Ephelides, multiple miliare Pigmentnaevi mit besonderer Abhängigkeit vom Sonnenlicht,
   b) kleinere und gröfsere Pigmentnaevi (Naevi pigmentosi spili),
   c) die ganz gleichen Bildungen bei der Recklinghausenschen Krankheit,
   d) Naevi zoniformes.
2. Weiche Pigmentnaevi:
   a) in Form der Lentigines,
   b) als gröfsere, warzenförmige, behaarte, tierfellähnliche, systematisierte weiche Naevi,
   c) als Lentigines und gröfsere Naevi bei der Recklinghausenschen Krankheit.
3. Pigmentnaevi in Form der Lentigines mit Akanthose und Zellinfiltration ohne Naevuszellenhaufen.

VI. **Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebenniere,** von Th. Veiel-Cannstadt. Ein sehr interessanter Fall von Addisonscher Krankheit, verbunden mit Pruritus und objektiven Veränderungen an Niere und Nebenniere. Die Sektion ergab chronische diffuse Nephritis mit sekundärer Schrumpfniere, cystöse Entartung der Nebennieren, beginnende hypostatische Pneumonie.

VII. **Über den Naevus acneiformis,** von Bettmann-Heidelberg. Eine lange Abhandlung über den Naevus acneiformis an der Hand einer eignen Beobachtung als Ergänzung der bisher veröffentlichten zwei Fälle von Selberst und Thibierye, die zu folgenden Schlüssen führt:

1. Nach dem anatomischen Befunde haben wir anzunehmen, dafs die wesentlichste Voraussetzung der Erkrankung darin liegt, dafs in einem gegebenen Hautbezirke eine abnorm grofse Menge von Follikelanlagen sich zusammendrängt.

2. Die Analyse der Lokalisation führt zu der bestimmten Annahme, daſs wenigstens ein Teil der Manifestationen sich an Hautstellen findet, die während der embryonalen Entwicklung besonderen Wachstumsbedingungen unterliegen.

3. Soweit es sich um das Gesicht handelt, erscheint die Affektion durch eine Störung beim Schlusse der Foetalspalten bedingt.

B. rechnet die Affektion den linearen Naevusformen zu, sie läſst sich für die Annahme kongenitaler Voraussetzungen bei manchen Formen der Acne vulgaris wie bei dem Lichen pilaris verwerten; sie kann andrerseits im Hinblick auf die Mifsbildungen und Tumoren des Haartalgapparates Interesse beanspruchen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

April 1906.

Epidermiditis linearis migrans, von Eduard Kengsep-Dorpat. Ein zwei Jahre altes Kind zeigte zuerst einen roten, geschlängelten Streifen von den Nates über das rechte Hüftbein bis zum Hypogastrium hinziehend, der allmählich weiterschritt und fast über die ganze rechte Körperseite sich schlieſslich erstreckte. Verfasser exstirpierte ein Stück dieses Streifens und fand darin Streptokokken, aber sonst nichts besonderes. Es handelte sich um eine Creeping eruption (Lee), ätiologisch scheint eine Larve die Krankheitsursache zu sein. Die Krankheit kommt bei Kindern und Erwachsenen vor und beginnt an den unbedeckten Körperstellen. Anatomisch ist der Gang der Larve in der Epidermis zu suchen, wo er nur lokale Reaktionserscheinungen hervorruft. Therapeutisch empfiehlt sich Epicarin, Napthol, Resorcin. Als Name hält Verfasser für angebracht Epidermiditis linearis migrans. *Bernhard Schulze-Kiel.*

American Journal of Dermatology and Genito-urinary Diseases.

1905. Heft 9.

1. **Der Einfluſs der väterlichen Vererbung auf Erbsyphilis**, von August Ravogli-Cincinnati. Der Verfasser glaubt mit Caspary, daſs eine Mutter, welche einem syphilitischen Kinde das Leben geschenkt hat, selber aber nicht syphilitisch ist, dieses Freisein von Infektion nur scheinbar aufzuweisen vermag. Wäre sie frei von Lues, so müſste sie eben durch ihr Kind angesteckt werden. Auch geht Verfasser mit Boulangier konform, welcher zugiebt, daſs die Frau eines Mannes, welcher lange Zeit keine spezifischen Symptome gezeigt hat, von ihrem eigenen Kinde her syphilitisch infiziert werden kann. Diday berichtet über sieben derartige Fälle. Die Infektion der Mutter kann sowohl stürmisch als auch sehr mild, fast unmerkbar verlaufen. In manchen Fällen stirbt das Kind im Mutterleibe auf Grund einer gewissen Kachexie ab und zeigt oft keine Spur ererbter Lues, obwohl die Mutter syphilitisch ist. Die Infektion des Foetus kann gleichermaſsen durch Samen wie Mutterkuchen erfolgen. Es kommen natürlich auch Fälle vor, daſs ein Foetus, der durch den väterlichen Samen syphilitisch ist, das Virus in seinem Organismus behält, ohne daſs die Mutter spezifisch erkrankt (Colles' Gesetz). Paternelle Vererbung liegt auch dann unter Umständen vor, wenn die Kinder, ohne daſs die Mutter angesteckt wird, erst nach Jahren erkranken. (Syphilis hereditaria tarda?) Die giftige Wirkung des Syphiliskeims im väterlichen Samen hängt eben von mancherlei Umständen ab (Zeit zwischen Erkrankung und Zeugung, Stärke der Erkrankung, Behandlung u. a.). Was die Lebensfähigkeit der Foeten bei väterlicher Vererbung mit Syphilis betrifft, so ist sie wohl ebenso bedroht wie bei mütterlicher Vererbung. Letztere soll 80% Todesfälle

nach sich ziehen. PINARD empfiehlt, dafs jeder Syphilitische, sei er auch noch so ausreichend behandelt worden, vor der Zeugung jedes Kindes noch einer spezifischen Kur sich unterziehen möge; Verfasser glaubt, dafs nur eine auf Vater wie Mutter sich erstreckende antisyphilitische Behandlung vor Erkrankung der Nachkommenschaft schützt.

2. **Bericht über zwei Fälle von Syphilis,** von G. MORGAN MUREN - Brooklyn. Vorzügliche Heilung einer spezifischen ulcerösen Pharyngitis und einer syphilitischen Hodenentzündung nach Einspritzung von Quecksilbersalizylat.

3. **Stein in verlassenem Ureter,** von FRANK V. CAUTWELL-Trenton. Verfasser berichtet über einen recht lehrreichen Fall. Im Jahre 1887 entfernte er einem damals 20jährigen Manne durch seitliche Lithotomie einen Blasenphosphatstein von 90 g Gewicht, den der Kranke schon lange Zeit mit sich herum getragen hatte und dem er unsägliche Schmerzen und Miktionsstörungen verdankte; 1897, also zehn Jahre später, entfernte Verfasser demselben Kranken seine vereiterte, stark mit der Umgebung verwachsene linke Niere. Bei der Operation sondierte er auch den linken Harnleiter bis zur Blase ohne jede Spur einer Erkrankung desselben. Sein distales Ende verkürzte er und vernähte es mit in der Wunde. Nach einigen Monaten Abscefs an der letzteren. Dezember 1904, also nach weiteren sieben Jahren erkrankte der Patient aufs neue an Schmerzen, Tenesmus und Harnverhaltung. Januar 1905 suchte er den Verfasser auf. Untersuchung mit der Sonde ergab die Anwesenheit eines Blasensteins. Bei Cystotomia suprapubica fand sich folgender Zustand: Aus dem verlassenen linken Harnleiter ragte ein festsitzender cylindrischer Stein heraus und zwar von vier Zoll Länge.

4. **Konstitutioneller Tripper,** von O. LE GRAND SUGGET. Allgemeine und spezielle Bemerkungen über Trippermetastasen.

5. **Diagnose und Behandlung der Pocken,** von ARCHIBALD LEITCH-St. Thomas. Nach allgemeinen klinischen Bemerkungen wendet sich der Verfasser zur Therapie. Da die Haut aufser Tätigkeit gesetzt ist, mufs für ausgiebige Tätigkeit der Nieren und des Darms gesorgt werden. Zuerst gibt Verfasser alle drei Stunden 1/4 Gran Calciumsulfid, auch alle vier bis sechs Stunden Eisen und Chinin. Die Fenster sind rot zu verhängen. Für das Gesicht verwendet Verfasser Collodium elasticum. Auf das Calciumsulfid legt er den Hauptwert. Es verkürzt die Krankheit, verhindert die Eiterung der Bläschen und die Narbenbildung.

1906. Heft 1.

1. **Wieweit werden die Schutzfunktionen der Haut durch künstliche Bedeckungen verändert?** von W. KENNETH WILLS - Bristol. Die sensitive Haut des L'homme autographique reagiert auf jedes Kratzen mit einer Urticaria factitia; bei anderen erzeugt plötzliche Abkühlung Cutis anserina. Beides führt der Verfasser auf die fehlende tonische Wirkung regelmäfsiger Kälteapplikationen auf die Haut zurück, welche durch Kleidung zu warm gehalten wird.

2. **Venerische Prophylaxe für Männer,** von EDM. J. BERNART - Chicago. Nichts Neues.

3. **Geschlechtsstatistik der Neger — früher und jetzt,** von HENRY MCHATTON-Makon. Mitteilungen über die sexuellen Verhältnisse der Neger in Südkuba vor 1865 und in Zentralkuba vor 1877 und Vergleich mit der Jetztzeit. Mit der schnellen geistigen und sittlichen Degeneration Zunahme der Laster der Zivilisation und erschreckende Höhe der Geschlechtskrankheiten, namentlich in Südkuba.

4. **Totalenukleation der Prostata im Gewicht von 30 g bei einem 92jährigen Mann mit Heilung,** von ERNEST BRONSTORPH-Kingston. Der Verfasser will an dem Fall zeigen, dafs es zur Operation der Prostatahypertrophie keine Altersgrenze gibt.

5. **Heirat und Ehescheidung**, von Charles M. Mutz - Marysville. Juristische und religiöse Betrachtungen über Eheglück und -Unglück.

6. **Blennorrhoische Ophthalmie der Neugeborenen**, von D. Baldwin Wylie-Milwaukee. Von nicht prophylaktisch behandelten Neugeborenen erkrankten nach der Statistik des Verfassers 9,2 % mit blennorrhoischer Ophthalmie. Bei Einträufelung von Acid. carbol. erkrankten nur 7,7 %, bei solcher von Sublimat 0,47 % und bei solcher von Argent. nitricum 0,72 %. Bei Anwendung unorganischer Silbersalze kamen nur 0,05 % Erkrankungen vor.

7. **Syphilisdiagnose und -Behandlung**, von Earle F. Moody-Dothan. Nichts wesentlich Neues.

1906. Heft 2.

1. **Zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme desquamativum, davon der eine verbunden mit Purpura, mit Erörterung der zugrunde liegenden Konstitutionsbedingungen**, von Philip King Brown - San Francisco. Beide Fälle betreffen Knaben von sechs Jahren mit dem Bilde des scarlatiniformen oder desquamativen Erythema multiforme exsudativum.

2. **Ein Fall von Prurigo Hebra**, von Edward Pisko - New York.

3. **Psoriasis palmaris syphilitica**, von J. Philip Kanoky - Kansas. Nach des Verfassers Ansicht ist die beste Behandlung die äußerliche Anwendung von 33 %igem Quecksilbervasogen, verbunden mit innerlicher Darreichung von Jod.

4. **Ein Fall von Reinfektion der Syphilis**, von James Brew - Nashville. Ein jetzt 37jähriger Mann erwarb vor 20 Jahren Lues und hatte seit 15 Jahren keine Anzeichen von Syphilis mehr. Vor fünf Jahren heiratete er und blieb kinderlos. Zurzeit hat er eine Primärsklerose und Drüsenschwellungen. Die Reinfektion wird auf einen Coitus zurückgeführt, der vier Wochen vor dem Auftreten der Sklerose unternommen wurde.

5. **Bemerkungen über vier Fälle von Penisepithelium**, von Fallen Cabot-New York.

6. **Was einem Neuling bei der Ausführung der suprapubischen Cystotomie begegnen kann**, von Herbert Terry - Providenze. Beschreibung und Empfehlung der Cystotomie.

7. **Aufklärung, ein Hauptpunkt bei der Prophylaxe der venerischen Krankheiten**, von Denslov Lewis - Chicago.

8. **Der Einfluß der Syphilis auf Gesundheit und langes Leben**, von J. K. Graham - St. Joseph. Auf Grund 15jähriger Beobachtungen der Syphilis glaubt der Verfasser, daß die Syphilis mehr Gesundheitsschädigungen und frühere Todesfälle verursacht als irgendeine andere Krankheit.

9. **Chronische Prostatitis**, von Thomas J. Disque - Pittsburg.

1906. Heft 3.

1. **Die Behandlung von Intertrigo bei Kindern**, von Frederick L. Wachenheim - New York. Nichts Neues.

2. **Die Anwendung von Röntgenstrahlen in der Behandlung der Acne vulgaris**, von H. Rockwell Varney - Detroit. Der Verfasser gebraucht eine weiche Röhre in ungefähr 6 Zoll Entfernung; die täglichen Sitzungen beginnen mit drei Minuten Dauer und werden jeden Tag um eine halbe Minute verlängert bis zur Bildung eines leichten Erythems. Bei Verschwinden der Akne werden die Sitzungen auf drei- bis einmal in der Woche beschränkt.

3. **Physikalische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten**, von A. D. Rockwell - New York.

4. **Die therapeutische Anwendung der X-Strahlen in der Dermatologie,** von Oscar E. Bloch - Louisville. Der Verfasser berichtet von seinen guten Erfolgen mit Röntgenbestrahlung bei Ekzem, Epitheliom, Hyperhidrosis, Naevus. Als schmerzlindernde Salbe bei auftretender Dermatitis empfiehlt Bloch Bals. Peruv. 30, Zinc. oxyd. quant. satis ut fiat unguent.

5. **Die Röntgenstrahlenbehandlung von Lupus,** von Ennion G. Williams-Richmond. Lupus ist in Amerika selten. Sieben Fälle, geheilt durch Röntgenstrahlen ohne andere innere und äufsere Behandlung, werden berichtet.

6. **Herpes tonsurans der Kopfhaut und des Bartes,** von James M. King-Nashville. Nichts Neues.

7. **Die Behandlung von Ulcus varicosum,** von Frank E. Simpson - Chicago. Anwendung des Unnaschen Gelatinezinkleimes von den Fufswurzeln bis zum Knie.

8. **Drei Fälle von Hauttuberkulose mit ungewöhnlichen Erscheinungen, geheilt mit X-Strahlenbehandlung,** von Frank B. Wynn - Indianapolis. a) Hauttuberkulose, das Anfangsstadium von Carcinom vortäuschend; b) Lupus exfoliativus mit völligem Verlust der Nase und der Lippen; c) Lupus vulgaris mit Epithelium.

9. **Psoriasis,** von Joseph Welfeld - Chicago. Zur Behandlung empfiehlt der Verfasser Entfernung der Schuppen durch Waschungen mit grüner Seife und nachfolgende Einsalbung mit weifser Hg-Präzipitatsalbe.

10. **Weiterer Bericht von der Heilung der Trippergicht durch Seminalvesikulotomie,** von Eugen Fuller - New York. Der Verfasser ist der Ansicht, dafs bei Arthritis blennorrhoica zumeist auch die Samenbläschen blennorrhoisch erkrankt sind, und berichtet von Heilungen in solchen Fällen durch Anwendung des Samenbläschenschnittes.

11. **Operative Behandlung des Kryptorchismus,** von Martin W. Ware-New York. Beschreibung der Orchidoplastik, welche in Aufsuchung, Isolierung und Anheftung des Hodens am Grunde des Skrotums besteht.

12. **Beobachtungen bei der Behandlung chronischer Prostatitis,** von Alfred Mitchell - Portland.

13. **Behandlung der akuten Blennorrhoe,** von George C. Clark-Washington. Als Abortivbehandlung bevorzugt Cl. eine Irrigation von warmer Kalium permanganicum - Lösung 1 : 10000 oder von heifser gesättigter Acidum boricum - Lösung und nachfolgende Injektion von 3%iger Argentum nitricum-Lösung. An Stelle der Balsamica verordnet er innerlich zu nehmen eine Mischung von Kalium-Acetat mit Tinct. Hyoscyami oder von Kalium bicarbonicum mit Tinct. Hyoscyami.

14. **Behandlung von chronischer Urethritis beim Manne,** von Leo H. Bernd-Philadelphia. Nichts Neues. *Schourp-Dansig.*

Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Bd. XXIII. Heft 11.

1. **Eine Lanze für den Gebrauch löslicher Quecksilberpräparate bei der Syphilisbehandlung vom Munde aus,** von Hermann G. Klotz - New York. In New York bildet die Darreichung des Merkurs per os immer noch die häufigste Methode der Darreichung seitens der Ärzte. Die Pillenform herrscht dabei vor, meist wird das Protojodid, besonders im Beginn der Erkrankung verwendet. Für spätere Stadien wird vielfach das Bichlorid oder Bijodid des Quecksilbers in Verbindung mit Jodkali gegeben. Der Verfasser sieht auf eine über 30jährige Erfahrung zurück und möchte der Darreichung des Merkur in Pillenform das Wort nicht reden. Störungen von Intestinaltrakt und Appetitlosigkeit sowie Stomatitis und Speichelfluſs mit Foetor

treten auf, ganz abgesehen von dem Akneausschlag, der fast stets sich einstellt. Verfasser neigt mehr zur Verordnung von Merkurlösungen, weniger in Form des Liquor VAN SWIETEN (Sublimat 1, Alkohol 100, Wasser 1900), als in wechselnd starken Konzentrationen. KLOTZ verwendet das Sublimat in Lösungen von 0,15:100,00 bis 0,25:90 = 3 Unzen. Die Dose würde also von 0,007 bis 0,012 steigen. Um das Medikament handlich zu gestalten, gibt Verfasser meist Lösungen in einer flachen Flasche von 90 g, die sich bequem in der Westentasche tragen läfst. In ihr sind 24 Teelöffel voll Flüssigkeit; drei Löffel werden für Verlust gerechnet, bleiben 21 Löffel, welche sieben Tage zu reichen haben. Ab und zu mufs diese Therapie wegen Beeinflussung des Geschmacks unterbrochen werden, doch bei weitem nicht in allen Fällen. Magendarmstörungen sind selten. Im Gegenteil behaupten viele und zwar intelligente Kranke, nach dem Gebrauch des Sublimats sogar eine geregeltere Verdauung bekommen zu haben. Stomatitis tritt nie auf. Ist doch auch eins der besten Mittel gegen dieselbe der Gebrauch einer Sublimatlösung von 1:2000 bis 3000 oder noch mehr. Die Wirkung der vom Verfasser empfohlenen Quecksilbertherapie auf die spezifischen Erscheinungen ist frappant, besonders inbezug auf Vorbeugung von Rückfällen. Im grofsen und ganzen decken sich des Verfassers Ansichten über die interne Sublimattherapie der Syphilis mit den Erfahrungen BROCQS, welcher sie als eine wertvolle Art der Quecksilberapplikation, wenn auch natürlich nicht die einzig mögliche, empfiehlt.

2. **Ein Fall von Lichen planus mit Kombination zweier seltener Formen dieser Affektion,** von H. J. F. WALLHAUSER-Newark. Ein 29jähriger Italiener litt seit 1900 an einer Affektion der Haut des Gliedes, einem roten Fleck, der an Gröfse ständig zunahm. Zu ihm gesellten sich drei weitere Flecke auf der Eichel, die kreisförmige Anordnung der Elemente zeigten. Der Kranke wurde auf allerlei Leiden behandelt, natürlich auch auf Syphilis, später auf Trichophytie. Die Affektion des Präputiums wurde auch circumcidiert, stellte sich aber nach einigen Monaten in der Narbe aufs neue ein. Das Charakteristische der vorliegenden Lichenaffektion, die auch mikroskopisch als solche erwiesen wurde, besteht einmal in der ringförmigen Anordnung und in der aufserordentlich starken Verhornung, die bis tief in die Follikel- und Schweifsdrüsenöffnungen hineinreicht.

3. **Antirheumatische Behandlung der Schuppenflechte der Fingernägel,** von A. S. ASHMEAD-New York. Anknüpfend an Beobachtungen von BURNET-Edinburgh und WALSH-London tritt auch der Verfasser der Annahme bei, dafs zwischen Psoriasis und Rheumatismus enge kausale Beziehungen bestehen. Besonders über den Zusammenhang zwischen Nägelpsoriasis und Rheumatismus hat ASHMEAD Erfahrungen gesammelt. Und zwar zuerst an Kindern wie James Burnet. Vielfach gingen die Psoriasislokalisationen erst nach internem Salizylgebrauch zurück.

4. **Bericht über einen Fall von Hirnsyphilis,** von JOHN A. FORDYCE-New York. Der Verfasser berichtet einen lehrreichen Fall von Hirnsyphilis bei einem 60jährigen Herrn, der vor 30 Jahren einen Schanker gehabt hatte. 1889 hatte er Doppeltsehen, doch ging dies vorüber. Den Rat des Arztes, sich einer Kur zu unterziehen, befolgte er damals nicht. Einige Monate später empfand er bei geistigen Anstrengungen merkwürdige Empfindungen und Gehörshalluzinationen. Auch dies ging vorbei. Ein Jahr später konnte er sich abends plötzlich nicht mehr erinnern, was er am Tage getan hatte; dieser Zustand wiederholte sich öfter und immer öfter und dauerte je bis zu einer halben Stunde. Während des ganzen Anfalls blieb der Kranke unverändert in der Stellung, welche er jeweilig grade einnahm. Sprechen konnte er nicht, ebensowenig verstand er seine Umgebung. Nur andauerndes Schlucken trat auf. Beim Aufhören der Attacken erwachte der Kranke wie nach tiefem Schlaf. Nach mehr-

monatiger Dauer der Krankheit wurde die Diagnose Hirntumor gestellt, ein anderer Arzt diagnostizierte Epilepsie. Ein bekannter Neurolog erkannte im Herbst 1900 auf Gehirnerweichung und verschrieb trotz ungünstiger Prognose Jodkali. Nun trat baldige Besserung ein. Nach einem halben Jahr kehrten die Anfälle überhaupt nicht wieder. Zwei Jahre Gesundheit folgten. 1902 bekam der Kranke geschwollene Füfse dann Blasenkatarrh und Herzschwäche. Man diagnostizierte bei ihm Brightsche Krankheit der Niere. Seitdem war der Kranke gesund, das Gedächtnis erlangte allerdings die alte Höhe nicht wieder. Jodkali wurde in Zwischenräumen dauernd fortgenommen.

5. **Einige Beobachtungen von einem Besuch im Kopenhagener Finsen-Institut,** von John A. Fordyce-New York. Schleimhautherde von Lupus, welche in nicht komplizierbarem Gewebe sitzen, werden im Kopenhagener Institut mit Galvanokaustik oder

mit:	*Jod*	1,0
	Kal. iodat.	2,0
	Aq. dest.	2,0

behandelt.

Der Lupus des Gaumens wird täglich oder öfter mit einer Lösung von Perubalsam und Mucilago (zu gleichen Teilen) gepinselt. Eine Anzahl von Fällen sah der Verfasser, bei denen Lupus auf zerfallenden tuberkulösen Gummen des subkutanen Gewebes sich etablierte. Am besten reagiert auf die Finsenbestrahlung der bisher therapeutisch noch unbeeinflufst gebliebene Prozefs. In zwei Fällen trat nach Phototherapie Keloid auf. Bei Alopecia areata hat die Finsenbelichtung gute Erfolge gezeitigt. Von 150 Fällen an Lupus erythematosus, die im Finseninstitut bestrahlt wurden, kamen 50 zur Heilung.

Heft 12.

1. **Entwickelung der syphilitischen Initialläsion oder einander folgender syphilitischer Schanker,** von Robert W. Taylor. Aus den allgemeinen Erwägungen des Verfassers sind einige kasuistische Mitteilungen erwähnenswert. Im Überblick über extragenitale Primäraffekte erwähnt Taylor einen Fall von Pringle, welcher das gleichzeitige Bestehen von Schankern an Lippe, Stirn, Oberschenkel, Unterschenkel, Gesäfs und Nasenlöchern beobachtete und einen Fall Petrini mit sechsfacher Primärläsion im Gesicht. Daulos berichtet über einen Kranken, welcher mit Penis und Zunge koitiert hatte und fünf Sklerosen auf dem Glied sowie zwei auf Zunge beziehentlich Unterlippe acquirierte. Diese Schanker erscheinen in zwei Schüben, deren zweiter erst zwölf Tage nach dem anderen erfolgte. Im übrigen bezieht sich der Verfasser auf das kürzlich in Paris erschienene Buch Chancres syphilitiques successifs. Derartiger Schanker sah er im Laufe eines Jahres in seiner Privatpraxis vier. Fall 1 betrifft einen Mann, der zwei harte Schanker am Penis und an der Eichel mit 22 Tagen Inkubation erwarb und nach weiteren 17 Tagen an einer enorm grofsen Sklerose unterhalb des Nabels erkrankte. Den zweiten Fall stellt ein 39jähriger Kranker dar. Die Inkubationszeit zwischen Infektion und Auftreten dreier Sklerosen an Sulcus und Vorhaut betrug 18 Tage, 12 Tage darauf zeigten sich zwei weitere typische Primäraffekte an Oberlippe und rechten Ohrläppchen. Fall 3 betrifft einen typischen Oberlippenschanker von 13tägiger Inkubation, dem neun Tage später weitere Schanker des Nasenflügels und Gliedes folgten. Und Fall 4 betraf einen Mann mit einer Sklerose der Glans von 21 Tagen Inkubation, der 18 Tage darauf je ein Schanker am rechten Zeigefinger und am linken Oberschenkel folgten.

Höchst lehrreich ist eine Beobachtung von Queyrat: Ein 22jähriger Kranker hatte täglichen Geschlechtsverkehr mit einer einzigen Dame. Er entdeckte am

23. Juni 1904 eine Sklerose im Sulcus coronarius. Dieser folgte, ohne dafs überhaupt irgend ein weiterer Geschlechtsverkehr stattgefunden hätte, am 1. Juli 1904 ein weiterer Schanker auf der Penishaut; am 5. Juli zeigte sich nahe dem Mons ein dritter Schanker, und so gingen alle Tage oder alle zwei Tage neue Schanker auf, bis es insgesamt elf waren. Die Dauer der Entwicklung successiver Primäraffekte beträgt, wenn man resumiert, 5—15—30 Tage. In einem Fall soll sie 42 Tage ausgemacht haben. Später als zehn Tage vor Erscheinen des Exanthems dürften derartige successive Schanker nicht auftreten.

2. **Alopecia areata in Gesellschaft von Nagelveränderungen,** von Grover William Wende-Buffalo. Eine 9jährige kleine Polin, deren eine Schwester an typischen Weichselzopf litt, erfreute sich bis zum dritten Lebensjahr eines prächtigen Haarwuchses. Nach etwa eine Woche dauernden schweren Kopfschmerzen begann das Kopfhaar auszufallen und zwar fleckweise. Die Flecken flossen ineinander bis der Kopf allmählich völlig kahl wurde, und zwar dauerte das etwa ein halbes Jahr. Die Haut des Kopfes war teilweise atrophisch. Gleichzeitig mit der Haarveränderung zeigten sich Nagelaffektionen. Zuerst wurden die Nägel der Finger heller, brüchig. Nach einer vorübergehenden Verdickung zeigte sich auch ein Dünnerwerden der Nägel mit Verfärbung. Die Zehennägel hatten sich ebenfalls verändert, waren aber eher hypertrophisiert und dabei nur halb so lang als normal. Die freien Ränder der Fingernägel waren etwas aufgebogen und leicht gesplittert.

3. **Zur Behandlung der Ichthyosis,** von George T. Jackson-New York. Verfasser berichtet über einen Fall von Ichthyosis bei einem 26jährigen Juristen, in dessen Familie das Leiden stark verbreitet ist. (Grofsvater mütterlicherseits, Mutter, Bruder, Schwester haben Ichthyosis.) Der Kranke litt auch an pigmentierten Mälern. Douglas H. Stewart vermutet, dafs ein Überfluſs von Galle im Blut mit der Hautanomalie in kausalem Zusammenhang steht. Um die Darmfunktionen und jene der grofsen Drüsen zu heben, liefs Stewart vier Wochen lang täglich einmal grofse Mengen (fünf Gallonen) heifsen Wassers mit einem Salzzusatz trinken. Jede Nacht mufste der Kranke eine Calomelhyoscyamuspille schlucken. Jede Durchspülung dauerte vier Stunden. Trotz des Fehlens jeder örtlichen Behandlung soll sich nach Angabe des Verfassers der Zustand der Haut aufserordentlich gebessert haben, ja beinahe normal geworden sein.

4. **Einige Bemerkungen zu einem Besuch in Christiania und Bergen,** von John A. Fordyce-New York. Verfasser schildert einen Besuch bei Boeck in Christiania. Letzterer ist ein Anhänger der Theorie von der Verwandtschaft des Lupus erythematosus und der Tuberkulide mit der extrakutanen Tuberkulose. Lupus und Lupus erythematosus werden lokal behandelt. Ersterer wird folgendermafsen behandelt, mit Salben von je 10% Resorcin und Pyrogallol und mit 30%igen Resorcinpflastern. Bei Schleimhautlupus wird mehrmals am Tage folgende Lösung appliziert:

Resorcin	20,0
Mucilag.	
Aquae ää	10,0
Talc.	18,0
Bals. Peruv	2,0.

Die Prostitution in Christiania findet keine Überwachung, aber jede venerisch erkrankte Person ist gesetzlich gezwungen, sich vom Hausarzt oder in einer öffentlichen Poliklinik beziehentlich einem Krankenhaus behandeln zu lassen. Die Infektionen an Syphilis sind dabei seit fünf Jahren von 4:1000 auf 2:1000 zurückgegangen. Boeck verwirft im allgemeinen die Quecksilberbehandlung der Syphilis. Das Merkur

greift nach ihm die Nervenzellen zu stark an und prädisponiert zu Lähmungen und Tabes. Neuerdings gibt Boeck allerdings z. B. Sublimatbäder bei Syphilis hereditaria. In Bergen besichtigte der Verfasser das Hansensche Leprastift Pleiestiftelse Hospital. Das früher ebenfalls für Lepröse verwendete nahegelegene Lungegaardshospital ist nach dem Rückgange der Lepra jetzt für Tuberkulöse in Verwendung. Die ärztliche Leitung im Lepraspital führt Dr. Lie. In jedem Zimmer des peinlich sauberen Krankenhauses liegen nur zwei bis drei Kranke, im ganzen befanden sich 160 Lepröse daselbst. In ganz Norwegen sollen jetzt nur noch 350 leben. Hospitalzwang besteht für Leprakranke nicht, sofern sie Bürgschaft bieten, dafs sie sich zu Haus genügend behandeln lassen. Die Eingangspforten, welche Nase, Mund oder Hautverletzungen sein mögen, sind nicht nachweisbar, da jede Primärläsion fehlt.

5. **Bericht über die Tätigkeit der französischen Gesellschaft für soziale und moralische Prophylaxe**, von E. L. Keyser-New York. Dieser Bericht dürfte besonders die deutschen Fachkollegen interessieren. Gibt er doch einen Vergleich gegenüber unserer Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und deren Tätigkeit. Die französische Gesellschaft zählt seit ihrer Gründung im Jahre 1900 nur 877 Mitglieder, davon 43 Frauen. Wer sich für Näheres interessiert, findet es am angegebenen Orte.

6. **Die Behandlung von Schanker, Herpes und Krampfadergeschwüren mit hochfrequenten Strömen**, von George M. Mac Kee - New York. Der Verfasser bietet eine Kasuistik. Er hat in zwölf abnorm chronisch verlaufenden Fällen von venerischem Geschwür mit hochgespannten Strömen schnelle Erfolge erzielt, während sonst jede Therapie erfolglos war. Dasselbe gilt für variköse Geschwüre und chronischen Herpes progenitalis.

Band XXIV. Heft 1.

1. **Ein Fall von unbestimmter tropischer Ulceration von Nase, Pharynx und Larynx sowie Beobachtungen ähnlicher Fälle in Oceanien**, von John A. Fordyce-New York und W. F. Arnold. Der durch eine Photographie des Krankheitsbildes und eine Anzahl von Mikrophotographien des histologischen Befundes erläuterte Fall, welcher einen 44jährigen Eingeborenen von Panama betraf, bildete eine lange Zeit von acht Monaten den Gegenstand lebhaftesten Interesses im Städtischen Hospital zu New York. Der Befund von Geschwüren im Rachen und Kehlkopf liefs zuerst an Syphilis denken, ebenso die Form der Vernarbung. Allein jedwede spezifische Therapie blieb erfolglos. Quecksilber wurde per os, cutan und subcutan ohne jede Wirkung versucht. Auch Jodkalium machte keinen Eindruck trotz täglicher Dosen bis 18 g. Auch tuberkulöser Charakter der Geschwüre war nach den histologischen Bildern auszuschliefsen, ebenso fehlten Tuberkelbazillen. Auch blieb bei Impfung von Meerschweinchen jede typische Affektion aus. Der geschwürige Prozefs auf dem Fell eines dieser Tiere reagierte nicht auf Tuberkulin. Zuletzt wurde die Diagnose auf tropische Geschwüre gestellt, vom Charakter der von Breda an aus Brasilien zurückgekehrten Italienern beschriebenen Affektion: Framboesia brasiliana sive Boubas. Der Kranke war Arbeiter auf einer Gummiplantage und litt an Malaria. Die gegenwärtige Affektion begann vor sechs Jahren in Panama mit Beschwerden beim Atmen und Ausfluls aus der Nase. Es wurde nach einiger Zeit ein Polyp entfernt, doch statt Besserung zeigte sich ein Geschwür an dem Naseneingang. Der histologische Bau der erhabenen Ulcerationen deutete auf Granulosa. Blastomykose, Aktinomykose, Rhinosklerom und Lepra schlossen sich durch die bakteriologische Untersuchung von selbst aus. Arnold sah derartige Fälle mehrfach, etwa 30 als Stations- und Schiffsarzt in Guam im Jahre 1902.

2. **Ein Fall von akutem septischem Pemphigus**, von Geo W. Crary - New York. Der Fall bietet nichts Ungewöhnliches. Am dritten Tage des Lebens Anstieg der Temperatur über die Norm. Am vierten Abfall unter die Norm. Am fünften Tag Bläschenausschlag im Gesicht. Zu letzteren gesellten sich immer neue Bläschen, welche platzen aber nicht überhäuten. Unregelmäfsiges Fieber. Tod am 28. Tage des Lebens, 18 Tage nach Ausbruch des Ausschlags, der sich als akuter Pemphigus Kaposi oder Pemphigus acutus neonatorum Stelwagon - Jarisch herausstellt; die Grundlage ist eine septische.

3. **Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis**, von J. B. Shelmire - Dallas. Der Fall betraf eine 15jährige Negerin. Sie wies eine ausgebreitete Hauttuberkulose auf und zwar von der seltenen verrukösen Form. Der Prozefs bedeckte die Gegend des Kinns und Halses von der Lippe bis zur Kehlkopfgegend, links und rechts bis vor die Ohren beziehentlich zum Kieferwinkel reichend. Ein ähnlicher kleinerer Fleck safs am linken Vorderarm. Die Mundschleimhaut wies ebenfalls einige Tuberkeln auf. Unter einer viermonatigen regelmäfsigen Röntgenstrahlenbehandlung besserte sich sowohl der lokale Hautprozefs als auch das Allgemeinbefinden. Das Mädchen nahm 15 Pfund an Gewicht zu. Auch während der späteren, etwas weniger intensiven Therapie wuchs der Erfolg. Die Gesichtshaut war beinahe ganz rein geworden. Eine längere Pause verschlimmerte das Leiden aufs neue: im Gesicht einige neue Flecke und Vergröfserung der Schleimhautgebilde. In Narkose wurden letztere sämtlich curettiert und geätzt. Darauf wieder Bestrahlungen. Allseitiges Verschwinden der Läsionen.

Heft 2.

1. **Eine Umwandlung in der medizinischen Erziehung in Amerika, die Anerkennung der Dermatologie**, von William Thomas Corlett - Cleveland. Die Zahl der Stellen, an denen Dermatologie in Nordamerika gelehrt wurde, ist von 12 im Jahre 1876 auf 75 im Jahre 1890 gestiegen. Es sind dies Medical Colleges. Nur wenige derselben in Amerika lehren diesen Zweig der Medizin nicht. Doch glaubt Verfasser, dafs er auch nicht überall richtig gelehrt wird. Der wissenschaftliche Geist mufs noch lebendiger werden. Die höheren Anforderungen der Neuzeit in dieser Richtung haben auch glücklicherweise im letzten Jahr eine deutliche Abnahme der Studierenden gezeigt.

2. **Epidermolysis bullosa und die angeborene Abwesenheit elastischen Gewebes**, von M. F. Engman und W. H. Mook-St. Louis. Verfasser berichten die Krankengeschichten von vier Fällen der Krankheit, die sie beobachtet haben. Sie betrafen zwei achtjährige Knaben, ein sechsjähriges Mädchen und ein Fräulein von 17 Jahren. Die Mutter der letzten Patientin litt auch an derselben Krankheit, ebenso hatten deren Mutter sowie deren Grofsvater und Urgrofsvater väterlicherseits daran gelitten. Die histologischen Befunde der Verfasser stimmen mit denen Stanislawskis überein. Dieser fand, dafs die elastischen Fasern des elastischen Gewebes sehr dünn waren und stellenweise ganz fehlten. Die Verfasser sahen die elastischen Fasern ebenfalls nur ganz dünn gesät in den papillären und subpapillären Teilen der Cutis. Zum Teil fehlten sie ganz.

3. **Das prodromale Varicellenerythem**, von Henry G. Anthony - Chicago. Verfasser beobachtete zwei Fälle von Varicellen, bei denen ein prodromales Erythem dem Ausbruche des eigentlichen Ausschlags vorherging. Es waren ein zweijähriger Knabe und ein zweijähriges Mädchen, die in Frage kamen. Im ersten Falle ging dem Ausschlage das Erythem, welches Brust und Leib befiel, etwa 24 Stunden voraus.

Im zweiten Fall kam das lilarote skarlatinöse Erythem, welches die ganze Körperoberfläche befallen hatte, um die gleiche Zeit eher wie der Varicellenausschlag. Verfasser glaubt nicht, dafs solche Beobachtungen vereinzelt sind. *Hopf-Dresden.*

Heft 3.

Beobachtungen über den Gebrauch der X-Strahlen in der Dermatologie, von Henry W. Stelwagon-Philadelphia. Was in erster Linie den Wirkungsgrad betrifft, so glaubt St., dafs zwar manche Fälle der Heilung ohne sichtbare X-Strahlenwirkung zugänglich sind, dafs aber in der grofsen Mehrzahl derselben Besserung sich nicht eher einstellt, als eine Dermatitis aufgetreten ist. Aufser bei Epitheliom und ähnlichen Affektionen sollte man jedoch nicht über das geringst mögliche Erythem hinausgehen. Die ersten Sitzungen sollten eine Dauer von drei Minuten nicht überschreiten, die Entfernung der Tube etwa 25 cm betragen, bei malignen Hauterkrankungen kann allmählich die Dauer erhöht (bis 15 und 20 Minuten), die Tube mehr genähert werden. Wichtig ist natürlich der Schutz des Operateurs gegen die X-Strahlen — durch Zwischenstellen eines Metallschirms, Lederhandschuhe usw. Die verschiedenen Hautkrankheiten betrachtend, hält St. die Heilwirkung bei manchen Epitheliomen für zweifellos, zuweilen aber für aufserordentlich langsam eintretend, und kam im Laufe der Jahre immer mehr zur Überzeugung, dafs bei vorgeschrittenen Fällen von Epitheliom die beste Behandlung in Excision, Behandlung mit Curette oder Thermokauter je nach dem individuellen Falle besteht und erst zur Ergänzung Röntgenstrahlen in fünf bis zehn oder mehr Sitzungen angewendet werden sollen; messerscheuen Patienten mufs man jedenfalls auseinandersetzen, dafs die Röntgenbehandlung bedeutend langwieriger und kostspieliger ist. Bei Lupus vulgaris ist deren Wirkung zuweilen vorzüglich, wiewohl auch hier meist sehr langsam eintretend, bei Lupus erythematosus befriedigend, jedoch viel weniger sicher wie bei Lupus vulgaris. Bei Akne sollten Röntgenstrahlen nur mit gröfster Vorsicht und dann nur bei ganz hartnäckigen und ausgedehnten Fällen zur Anwendung kommen; die besten und sichersten Resultate sind nur nach Entstehung eines milden Erythems zu erzielen. Bei Psoriasis, ebenso wie Ekzema, möchte St. die Röntgentherapie nur für ganz hartnäckige Fälle reserviert und nur mit gröfster Vorsicht angewendet wissen. Überhaupt sollten die X-Strahlen bei nicht bösartigen Dermatosen mehr als unterstützendes denn als einziges Heilmittel gelten; aber auch bei malignen Hautaffektionen, wo man etwas kühner vorgehen kann, sollte mehr weniger dieser Satz gelten und die Röntgentherapie keineswegs die operativen und ähnlichen Mafsnahmen verdrängen.

In der Diskussion, die sich an diesen Vortrag (in der 29. Jahresversammlung der amerik. dermatologischen Vereinigung, Dezember 1905) anschlofs, stimmte Charles W. Allen in der grofsen Vorsicht, welche St. bezüglich der Anwendung der Röntgenstrahlen empfahl, völlig überein, jedoch nicht darin, dafs eine so ausgesprochene Reaktion (Erythem), welche unbedingt dauernde Folgen auf der Haut zurücklasse, z. B. bei der Aknebehandlung nötig sei. Allen versucht ferner die Kombination verschiedener Methoden, anstatt die X-Strahlen allein anzuwenden, z. B. Elektrolyse, Hochfrequenzströme oder irgend eine andere Methode, ohne dabei die älteren chirurgischen und äufseren Mittel zu vernachlässigen.

Louis A. Duhring glaubt auch, es sei nicht notwendig, eine Dermatitis zu erzeugen; bei Psoriasis hat er keine befriedigenden Resultate gehabt.

Ravogli war früher ein enthusiastischer Anhänger der Röntgentherapie; je mehr er sie aber anwandte, desto mehr nahm sein Enthusiasmus ab. Er erlebte bei

Carcinom, Psoriasis und anderen Hautkrankheiten, dafs bei denselben durch die Röntgenstrahlen zwar scheinbare Heilung, aber nach kurzer Zeit wieder Rezidive eintraten. Er kommt daher zu dem Schlusse, nun andere und weniger gefährliche Methoden anzuwenden und die X-Strahlen für jene Fälle zu reservieren, wo nichts anderes geschehen kann.

William A. Pusey ist der gegenteiligen Ansicht und glaubt, dafs die X-Strahlen bei nötiger Vorsicht und Geduld ohne Gefahr angewendet werden können und dafs sie von grofsem Wert in der Dermatologie seien.

John A. Fordyce empfiehlt bei maligner Affektion des Gesichts zuvor die Curettage, ehe man die X-Strahlen anwendet.

Edward B. Bronson sieht die Technik als wichtigsten Punkt an, er hat besonders bei oberflächlichen Dermatosen ganz vorzügliche Erfolge gehabt, so bei Hyperkeratosis (an Handteller und Fufssohlen), manchen Formen von Ekzema (squamosum und recurrens), bei Acne indurata, Acne rosacea, wo speziell bei der pustulösen Form, der Erfolg ein geradezu wunderbarer war.

Auch Schamberg hat besonders bei Oberflächencarcinomen und bei Ulcus rodens vorzügliche Resultate gehabt, er ist überzeugt, dafs die Dermatologen immer mehr den Wert der Röntgentherapie schätzen lernen werden.

Thomas C. Gilchrist hatte gute Resultate bei Akne, ebenso bei Lupus vulgaris, erlebte jedoch hierbei manche Rezidive. Bei Ulcus rodens und verschiedenen anderen Formen maligner Neubildungen hält er vorherige Curettage zur besseren Einwirkung der Röntgenstrahlen für angezeigt, auch bei Hypertrichosis hatte er gute Erfolge, ebenso wie bei Sykosis. Die Wirkung der Röntgenstrahlen, glaubt er, hängt in allen Fällen von der jeweiligen Reaktion auf die Haut oder dem zerstörenden Einfluſs auf das Epithelium ab.

Frank H. Montgomery hebt als besonders wichtig die verschiedene individuelle Empfänglichkeit für die Röntgenstrahlen hervor; bei einer ziemlich reichen Erfahrung hat er niemals schlimme Folgen gesehen, was allzu starke Reaktion, Dermatitis oder Verbrennung, betrifft. Bei Oberflächencarcinom hält er vorgehende Curettage nicht für absolut notwendig, bei kleinen Hautkankroiden sogar für unnötig, da sie sehr rasch unter dem Einfluſs der Röntgenstrahlen verschwinden.

Die Klassifikation der Blasenerupționen, von John T. Bowen-Boston. Verfasser schlägt folgende Einteilung vor: 1. Akute infektiöse bullöse Dermatitis, auch als akuter infektiöser Pemphigus beschrieben, eine Hautaffektion, die meist von einer infizierten Wunde ausgeht und besonders bei Metzgern und ähnlichen Berufsarten vorkommt. 2. Chronische hereditäre bullöse Dermatitis, auch unter dem Namen Epidermolysis bullosa hereditaria oder traumatischer Pemphigus bekannt. 3. Pemphigus vegetans, ausgezeichnet durch die Lokalisation, den papillomatösen Charakter der Hautveränderung und die progressiv fortschreitende Verschlechterung derselben. 4. Pemphigus foliaceus und 5. Dermatitis herpetiformis. B. beobachtete 15 Fälle der letzteren und fand, dafs bei Kindern der vielgestaltige Charakter fehlt, häufig nur Blasen und Bläschen vorhanden sind und meist subjektive Symptome entweder ganz fehlen oder nur in geringem Grade bestehen. Die Schutzpockenimpfung scheint in manchen Fällen die Ursache abzugeben, wovon B. eine Anzahl Beispiele bei Erwachsenen sah. Die Hauptsymptome dieses Hautleidens sind die wiederholten Rezidive, die Tendenz, in Gruppen von Bläschen aufzutreten und schliefslich der allgemein gute Gesundheitszustand. Es bleibt noch eine 6. Klasse von Fällen, die durch mehr weniger konstante Rezidive reiner Blasen ohne Zeichen von Vielgestaltigkeit und durch eine gewisse Symmetrie der Eruptionen ausgezeichnet sind; man findet hierbei auch häufig Bläschen an den

Schleimhäuten. Die Affektion ist mit wenig subjektiven Symptomen begleitet, hat einen chronischen und gewöhnlich tötlichen Verlauf und ist der Typus des chronischen Pemphigus. Die Ätiologie sowohl dieser Form wie der meisten aus der Gruppe der Blasendermatosen ist eine noch unaufgeklärte.

Blaseneruptionen und ihre Klassifikation, von Edward Bennet Bronson. B. faſst den Begriff der eigentlichen Blaseneruption in viel engerem Sinne, insofern als er glaubt, eine Blaseneruption sei beinahe immer die Begleiterscheinung einer anderen Erkrankung. Er teilt die Blaseneruptionen in zwei Hauptgruppen ein: 1. Obstruierende Form, bei welcher Blasen als Folge von Obstruktion in den Schweiſsfollikeln oder den Lymphkanälen auftreten (mit mechanischer Ausdehnung an der Austrittsstelle in der Epidermis), 2. Akantholytische Form, bei welcher die Kohäsion zwischen den Stachelzellen gestört ist, dadurch eine relativ geringe Serummenge ihren Weg zwischen die Zellen findet und Hohlräume erzeugt. Diese Veränderung im Rete geht beinahe allen Blaseneruptionen voraus und ihr Haupttypus ist die Epidermolysis bullosa. Akantholysis kann vorkommen: a) infolge äuſserer Einwirkung (scharfer, giftiger Substanzen, wie der Kanthariden), b) von Resorption giftiger oder infektiöser Massen in die Epidermis, c) infolge irgend einer anderen Hautaffektion symptomatischer oder idiopathischer Natur und bei welcher die Blaseneruption nur ein Symptom ist, wie beim Erythema multiforme, Erysipel, Urticaria, Lichen planus, und d) infolge irgend einer inneren Erkrankung, welche den schädlichen Einfluſs direkt auf die Stachelschicht der Haut überträgt; in diesem Falle kann der Blasenausschlag das pathognomonische Zeichen entweder einer lokalisierten Nervenerkrankung (Herpes, Neuritis) oder irgend eines Allgemeinleidens (Syphilis) sein. Aber auch in solchen Fällen, glaubt Bronson, ist die unmittelbare Ursache der Blasenbildung sehr oft irgend ein mehr weniger geringfügiges und gewöhnlich übersehenes lokales, äuſseres Trauma. Es können schlieſslich auch alle drei Ursachen, die extra-, intra- und infra-kutanen gleichzeitig oder der Reihe nach einwirken, wofür B. als charakteristisches Beispiel die Dermatitis herpetiformis anführt.

In der Diskussion, welche auf diese beiden Vorträge (in der 29. Jahresversammlung der amerikan. Vereinigung von Dermatologen) folgte, wurde allerseits hervorgehoben, wie schwierig die Klassifikation der Blasenausschläge sei.

James C. Johnston kommt nach längerer Auseinandersetzung zu dem Schlusse, daſs es sich bei diesen Ausschlägen meist um die Folge irgend einer Autointoxikation handle und der klinische Typus der Hautaffektion von der Art des speziellen toxischen Agens abhänge; die Wirkung dieses Toxins wird vielleicht durch die vasomotorischen Nerven indirekt auf die Gefäſse, aus welchen die Flüssigkeit (Serum) austritt, ausgeübt. Bei Dermatitis herpetiformis haben sich bei J. die gegen Gicht gebräuchlichen Mittel als wirksam erwiesen usw.

Bronson konstatierte in seiner Replik, daſs die meisten Redner mit ihm darin übereinstimmten, die Blasenausschläge seien überhaupt nicht recht zu klassifizieren und die Mehrzahl derselben seien sekundäre Erscheinungen. Bowen meint zum Schlusse, die Klassifikation der bullösen Ausschläge könnte in sehr weitem Umfange ausgeführt werden; er habe sich in seinem Berichte darauf beschränkt, die verschiedenen Arten, die gegenwärtig mit mehr weniger Recht als eigene Typen abgetrennt werden können, festzustellen.

Warzen, Schwielen und Hyperhidrosis und deren Beziehung zu fehlerhaften Stellungen des Fuſses, von W. A. Hardaway und Nathaniel Allison-St. Louis. Diesem Zusammenhang zwischen Plattfuſs, schwachem Fuſs, Metatarsalgia anterior (Mortons Fuſs) und profusem Schweiſse, wurde bislang von den Orthopäden mehr Aufmerksamkeit geschenkt wie von den Dermatologen. Bekannt ist, daſs harte Haut

(Callus) und warzige Neubildungen nicht seltene Begleiterscheinungen der Hyperhidrosis sind und in vielen Fällen ist letztere das Anfangsglied in dem circulus vitiosus, der mit fehlerhafter Stellung des Fufses endet. Allison hat als Chirurg eine Reihe solcher Fälle erlebt und Hardaway gesteht, dafs er ohne dessen Mithilfe nicht den richtigen Zusammenhang und den dadurch bedingten Heilungsweg erkannt hatte. Es werden kurz zehn derartige Fälle angeführt, wovon sieben weibliche Patienten im Alter von 14—58 und drei männliche im Alter von 14—40 betrafen. Mit der rein orthopädischen Behandlung, wofür A. bei leichteren Fällen geringe Änderung der Schuhsohle, bei schwereren eine konvexe Filzeinlage, eine Celluloid- oder Stahleinlage je nach dem Falle neben Massage und Übungstherapie empfiehlt, verschwinden meist auch die genannten Hautwucherungen und der Schweifsfufs, nachdem sie oft lange jeder gegen sie selbst gerichteten Behandlungsart Widerstand geleistet haben. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 4.

Ein Fall von Dermatomykose unbehaarter Stellen bei einem Mann, verursacht durch das Mikrosporon canis, von J. Nicolas und L. Lacomme. Der 37jährige Mensch litt seit acht Tagen an Jucken über der ganzen Haut. Bei der Untersuchung fanden sich zwei runde, je etwa zweifrankstückgrofse erythematosquamöse Stellen; die eine safs über der Mitte der linken Clavicula, die andere an der Innenfläche des linken Oberarms, nicht weit von der Achselhöhle. Die Schuppen, die sich von diesen Stellen abheben liefsen, wimmelten, wie die mikroskopische Untersuchung erwies, von Mycelfäden. — Die Herkunft dieser Dermatose, die unter Jodtinktur und einigen Schwefelbädern bald zurückging, liefs sich nun auch leicht ermitteln. Patient hatte nämlich vielfach mit einem Hunde gespielt, und an diesem Hund konnte ein Herpes tonsurans mit dem Mikrosporon canis festgestellt werden. Mit dem Nachweis, dafs auch die Mycelfäden in den beiden Plaques des Patienten vom Mikrosporon canis herrührten, war die Übertragung der Dermatomykose von Hund auf Menschen nicht mehr zu bezweifeln.

Die Oberflächenspannung des Urins bei der Syphilis, der Blennorrhoe und bei einigen Hautkrankheiten, von C. Combélèran. Die Oberflächenspannung „ist die Stärke der Kohäsion, die sich der Spaltung der freien Oberfläche eine Flüssigkeit widersetzt". Man kann die Flüssigkeitsoberfläche mit einer ganz dünnen Kautschukmembran vergleichen; wird diese an irgend einer Stelle durchschnitten, so entsteht ein Bestreben, die beiden Schnittränder zusammenzuhalten. „Dieses Bestreben (cette force de réunion) ist die Oberflächenspannung."

Nach dieser Definition geht der Verfasser auf das Geschichtliche ein. Danach ist die Oberflächenspannung von Flüssigkeiten schon seit 1752 bekannt. Das abweichende Verhalten des Urins in dieser Hinsicht bei verschiedenen Krankheiten wird zuerst von Landois in seinem Lehrbuch der Physiologie erwähnt; später scheinen dann namentlich Franzosen den Gegenstand eingehender bearbeitet zu haben.

Seine eigenen Untersuchungen, die mit denen früherer Forscher vielfach übereinstimmen, führen den Verfasser zu folgenden Ergebnissen:

Bei den leichten Formen der Syphilis und in anfallsfreien Zeiten ist die Oberflächenspannung des Harns nicht nennenswert verändert; sie ist aber merklich herabgesetzt bei den schweren Formen — ein Verhalten, das für die Prognose von grofser Wichtigkeit sein kann.

Auch beim komplizierten Tripper ist die Oberflächenspannung herabgesetzt, unverändert beim einfachen Tripper.

Sie ist ferner bei jedem frischen Psoriasisschub herabgesetzt; dasselbe Verhalten wurde in einem Fall von Mykosis fungoides und in einem Fall von Gangrän des Mundes mit tötlichem Ausgang beobachtet.

Bei Krätze, Favus, Furunkulose, Ekzema, Prurigo usw. wurde keine Veränderung bemerkt.

Im allgemeinen stand die Herabsetzung der Oberflächenspannung, was ihren Umfang anbelangt, im Verhältnis zur Schwere der Erkrankung; nur bei der Psoriasis war das nicht der Fall. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Eine genuine Pellagra im Oberinntale, von L. Merk-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Obschon die endemische Ausbreitung der Pellagra anerkanntermafsen sich nur an solche Gebiete hält, in denen die Maisnahrung volkstümlich vorherrscht, so beschränkt sie sich doch z. B. in Österreich auf weit kleinere Territorien, mit denen man sich resigniert abfindet, innerhalb welcher man wohl ein gewisses Fluktuieren der Zahl der Fälle wahrnimmt, ohne dafs aber eine wesentliche Überschreitung zu beobachten wäre. Speziell in Tirol gilt das Gebiet nördlich des durch Bozen führenden Parallelkreises oder gar nördlich des Brenners „einem stummen und unerschütterten Axiom" zufolge als pellagrafrei.

Um so überraschender war es, als sich am 17. April 1905 in der Innsbrucker dermatologischen Klinik eine kräftige, robuste Frau von typisch deutschem Typus mit den überzeugenden Andeutungen einer Pellagra vorstellte. Sie trug die Unterarme bis zu deren oberem Drittel entblöfst, die Ärmel aufgekrempelt, weil ein dort befindlicher Ausschlag das Reiben der Kleider unerträglich machte. „In diesem Bereiche ist die Haut bis über die Handrücken und bis einschliefslich die ersten Phalangen geschwollen, diffus dunkelrot, fast braunrot. Die Rötung geht auf die Beugeseite der Unterarme gleichmäfsig über, hört aber an der Handwurzel plötzlich auf, so dafs die Palmae vollständig normal aussehen.

In diesem gleichmäfsigen Kolorit sind die Kleinfingerseiten der Handrücken ganz besonders dunkelrot, und hier sitzen, dicht aneinandergereiht und oft zusammenfliefsend, oberflächliche Pustelchen mit dünnflüssigem Eiterinhalt. In dem ganzen Bereiche schilfert die Haut kleienförmig-lamellös, besonders an der Grenze zwischen gesunder und kranker Haut im oberen Drittel der Vorderarme. Diese Grenze ist etwa fingerbreit, über der Streckseite der ersten Phalangen jedoch nur einige Millimeter breit. Am Nasenrücken, namentlich an der Nasenspitze, war die Haut ganz leicht und eben kenntlich gerötet, aber doch schon von schmutzig-graubraunen, feinlamellösen Schüppchen bedeckt. Ebenso schilferten die Lippen. Allein für sich bestehend wäre das schwache Erythem des Gesichtes kaum je zur Beobachtung gelangt, und doch kommt gerade ihm eine hohe positive diagnostische Bedeutung zu."

Das Charakteristische lag erstens in der Lokalisation im allgemeinen: Unterarme, Handrücken bis einschliefslich die ersten Phalangenrücken, Teile des Gesichtes. In

der Lokalisation im besonderen: starke Akzentuierung des Zustandes an der Kleinfingerseite der Handrücken, in der heftigen Entzündung des Erythems, in der dunkeln, ja bräunlichen Mitfarbe, in der braungrauen Farbe der Schuppen, im Auftreten zur Frühlingszeit. Das Erythem war wenige Tage zuvor plötzlich „durch die Sonne herausgezogen" worden, welche besonders während der Feldarbeit in den letzten Tagen stärker gebrannt hätte. In der Tat konnte man Mitte April im Inntal einige aufsergewöhnlich warme und schwüle Tage verzeichnen. Die Patientin gab an, Mutter von fünf Kindern zu sein, dafs sie und ihr Mann ein kleines Anwesen hätten und dafs die Mutter des Mannes die Küche besorge. Die Familie ifst sehr viel Maisbrot, das von einem Mehl aus dem Mais stamme, den sie selbst geerntet. Die Maiskolben seien im vergangenen Herbst etwas nafs gewesen, allein der Müller, dem sie das Getreide zu mahlen gegeben, hätte die Körner getrocknet. Auch das Jahr zuvor sei der Mais feucht gewesen. Gegenwärtig hätten sie kein Eigenbaumaismehl im Hause, sie hätten alles verbraucht und wären genötigt gewesen, sich neues Mehl zu besorgen.

Von dem angekauften Mehle wurde eine Probe entnommen. Dasselbe war graulichweifs, nicht gelb, schien trocken und hatte keinerlei üblen oder auffallenden Geruch, aber seiner Beschaffenheit nach mufste es als ganz gewöhnliches Abfallmehl bezeichnet werden.

M. verordnete Zinkoxydpaste und gab bezüglich der Nahrung entsprechende Weisung.

Das Erythem blafste zwar ab, und vorläufig stellten sich keine schweren Erscheinungen ein, aber auf einmal trat eine plötzliche und unerwartete Wendung ein. Am 6. Juli wurde die Patientin wegen psychischer Störungen auf die neurologische Abteilung des Spitals gebracht, woselbst sie am 21. Juli starb. Die Diagnose Pellagra wurde vollauf bestätigt und Todesursache. Namentlich kam es neben der Psychose zu jenen unstillbaren Diarrhoen, welche das Bild der Pellagra so wesentlich kennzeichnen. Die Körpertemperatur war nie belangreich erhöht.

Arthur Rahn-Berlin.

Über Pellagra, von E. Neusser-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 41.) N. kommt am Ende seines ausführlichen Referates über die Pellagra zu dem Ergebnis, dafs es eine individuelle Behandlung der Pellagra nicht gäbe. Solange die Ätiologie noch nicht geklärt sei, werde man gegen einen unsichtbaren, verheerenden Feind erfolglos kämpfen. N. wünscht daher die Schaffung eines internationalen Instituts in einer Pellagragegend zur Erforschung des Wesens dieser Seuche. *Putzler-Danzig.*

Traumatische Entzündungen.

Der akute postoperative Decubitus in der Gynäkologie, von Dominique Jolieu. (*Thèse de Montpellier.* 1904.) Ohne Bedeutung. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis der akuten und chronischen Decubitusformen bei Dementia paralytica, von Georges Saillant. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 488.)

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des eingewachsenen Nagels, von Max Cohn-Berlin. (*Zeitschrift f. ärztl. Fortbild.* 15. April 1905.) C. gibt zur Anästhesie bei der Operation des eingewachsenen Nagels dem lokal zu injizierenden Kokain-Adrenalingemisch den Vorzug (nach Braun); der Schnitt nach Entfernung des Nagels ist so weit zu vertiefen, dafs man, von einer oberen Ecke anfangend, das ganze Nagelbett in einem Stück herauspräparieren kann. Man achte besonders darauf, dafs in den Ecken nichts zurückbleibt. Tamponade der Wunde und fester, umfangreicher Verband, der nach fünf Tagen zu wechseln ist (eventuell mit Auftäufelung von 3%igem Wasserstoff-

superoxyd). Acht Tage nach der Operation beginnt man mit Bädern und Salbenbehandlung, nach zwei bis drei Wochen ist die Heilung vollendet. Bettruhe ist nicht nötig, dagegen empfiehlt es sich, den operierten Fuſs auf einem Sofa erhöht zu lagern und mit einem bequemen Filzschuh zu bekleiden. Bei Entzündung von nur einer Nagelhälfte gestaltet sich die Operation entsprechend leichter und einfacher.

Stern-München.

Leukoplast bei Wundreiten und Wundlaufen, von SCHULTES-Darmstadt. (*Deutsche Militärärztl. Zeitschr.* 1904. Nr. 8.) Verfasser spricht sich sehr lobend über Leukoplast aus und empfiehlt warm dessen Anwendung den Militärärzten beim Wundreiten und Wundlaufen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Verbrennung (einschl. Blitzschlag) und Erfrierung, von SONNENBURG-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 15. Septbr. 1905.) Kurze Übersicht über die hauptsächlichsten Arten von Verbrennungen und deren Behandlung. Das Verfahren, welches seit über zwölf Jahren im Krankenhause Moabit eingeschlagen wird, beruht vor allem darauf, jede Verbrennung wie eine frische Wunde anzusehen und nötigenfalls die Wunde selbst als ganz besonders deren Umgebung nach Möglichkeit zu säubern. Der aseptische oder antiseptische Verband (CREDÉsche Silber-, sterile Gaze u. a.) wird so lange liegen gelassen, bis die äufsersten Schichten von Sekrete durchtränkt sind (nach sechs bis acht Tagen); so können Verbrennungen ersten und zweiten Grades, also Blasenbildungen, schon unter einem Verbande heilen. Bei beginnender Granulationsbildung Salben- oder Trockenverband; an gewissen Körperstellen, in der Gegend des Afters oder im Gesichte, sind andere Verbandmethoden zu wählen, z. B. feuchte Umschläge mit essigsaurer Tonerde, dreimal täglich zu wechseln, bei Verbrennungen im Gesicht auch Bismutpuderungen. Kommen die Verletzten erst spät in Behandlung, wenn starke Sekretion oder Eiterung der Wunde vorhanden ist, so kann man mit der BARDELEBENschen Brandbinde einen Versuch machen, jedoch immer erst nach gründlicher Reinigung der Brandwunde. Ganz zu verwerfen ist zu Anfang die Verwendung der alten Salbenverbände, auch der immer noch so beliebten Mischung von Aqu. calcis und Ol. lini. Zur späteren Beseitigung von Narbenkontrakturen ist Thiosinamin zu empfehlen. Ganz kurz bespricht S. noch die Behandlung der Erfrierungen, die zunächst darauf gerichtet sein muſs, drohenden Brand der Extremitäten zu verhindern (Suspension, Alkoholumschläge, später Trockenverbände), bei Frostbeulen Bekämpfung der ursächlichen schädlichen Momente (Chlorose, Anämie), bei Excoriation oder Eiterung Behandlung nach Art ähnlicher Erkrankungen, besonders auch Salben- und Pflasterverbände. *Stern-München.*

Über die Behandlung von Brandwunden mit Zinkperhydrol, von ROBERT JACOBY-Berlin. (*Ther. Monatshefte.* 1905. Nr. 12.) Ich hatte gute Erfolge bei der Behandlung von Brandwunden mit dem MERCKschen Zinkperhydrol, welches sofort die Schmerzen lindert und die Wunden schnell heilt, ohne daſs es je zu Eiterungen kam. Das Mittel hat eine austrocknende und desinfizierende Wirkung in der Form von Salbe oder Pulver:

1.	*Zinkperhydrol Merck*	50
	Talci veneti	200
2.	*Zinkperhydrol*	50
	Vaselin flav.	200

Schädliche Wirkungen wurden nie beobachtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes, von A. HELSTED-Kopenhagen. (*Arch. f. klin. Chir.* 79. Bd. 2. Heft.) Versuche nach intraperitomaler und subkutaner Implantation von verbranntem Gewebe anzustellen, hat sich als unbrauchbare Methode erwiesen und weit eher ähnliche negative Resultate gegeben, wie

von Pfeiffer erreicht wurden. Präventive künstliche Anämie des Läsionsgebiets verhindert innerhalb gewisser Temperaturgrenzen den Eintritt des Todes. Isolierte Blutläsion kann den Tod herbeiführen und ist von Hämoglobinämie, Hämoglobinurie, Ventrikelblutungen begleitet, also von ähnlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche bei ausgedehnten Hautverbrennungen zu finden sind. Die Thermo-Hämolysetemperatur liegt, was rote Blutkörperchen anbetrifft, bei Säuglingen niedriger als bei Erwachsenen. Respirationsversuche, gleichzeitig mit isolierter Blutläsion angestellt, haben erwiesen, dafs der Stoffwechsel fällt, wenn ein Teil des Blutes bis zur Koagulationstemperatur des Fibrinogens erwärmt wird. Es ist nicht gelungen, mittels Manns vitaler Fixation und Färbung mit Erythrosin-Toluidinblau pathologische Veränderungen im Zentralnervensystem zu konstatieren. Die Bestimmung der Hämoglobinmenge des Serums scheint zu prognostischem Zwecke benutzt werden zu können.

Schourp-Danzig.

Über Psychopathien nach Verbrennungen, von Georges Martin. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 486.) Die interessante Arbeit ist hauptsächlich von forensischem Interesse. Eine Psychopathie nach Verbrennung ist entweder auf Rechnung des Nervenshoks oder der Intoxikation zu besetzen. *Fritz Loeb-München.*

Über Duodenalgeschwüre nach Hautverbrennungen, von Hermann Schweihofer. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von schwerer Verbrühung und Gangrän beider unteren Extremitäten, von Adam Anspach. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1902.)

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung von Verbrennungen und Hautüberpflanzung, von Haldor Sneve-St. Paul. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1. Juli 1905.) Verfasser ist der Ansicht, dafs Verbände bei Verbrennungen schädlich wirken durch Behinderung der Perspiration und Maceration von unversehrtem Gewebe und Wunden ersten Grades in solche zweiten Grades, Wunden zweiten in solche dritten Grades umwandeln. Aus ähnlichen Gründen verwirft Verfasser die permanente Bäderbehandlung. Abgesehen von den allgemeinen gegen den Shock gerichteten Mafsnahmen empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen folgende Behandlung der Verbrennungen. Die Wunden werden nach chirurgischen Grundsätzen, jedoch unter Vermeidung differenter Antiseptica gereinigt, alle Blasen weggeschnitten, die Wundflächen mit physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen und gründlich getrocknet; alle Verbrennungen zweiten Grades werden mit Zinkstearat eingepudert, indem alles durchsickernde Exsudat weggewischt wird, bis trockene, braune, festhaftende Krusten gebildet sind. Die Wunden dritten Grades bleiben ungepudert und frei der Luft ausgesetzt, bis die Granulationen soweit gefördert sind, dafs Hauttransplantation vorgenommen werden kann. Die gesunde Haut wird häufig kalt abgewaschen. Von Anfang an kommt der Kranke in ein Zimmer mit erhöhter Temperatur. Jeder Druck der Wunden mufs durch geeignete Lagerung des Kranken vermieden werden. Auch bei Vornahme der Transplantation wird zweckmäfsig jeder Verband vermieden. Bei dieser Behandlung soll die Narbenbildung eine viel bessere sein, als unter dem Schutz von Verbänden. Zur Erhaltung der Funktion müssen Übungen der Gliedmafsen sobald als möglich vorgenommen werden. *A. Loewald-Kolmar.*

Hauttransplantation nach italienischer Methode wegen fehlerhafter Narbenbildung an den Fingern infolge einer Verbrennung, von A. Broca. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) Beschreibung der durch eine Verbrennung verursachten Deformitäten der Finger eines Kindes und der Behandlung mittels Transplantation eines gestielten, von der Brust stammenden Hautlappens.

Götz-München.

Über schwere Gangrän der Bauchdecken infolge lokaler Eisapplikation und das Zustandekommen derartiger Veränderungen im Tierversuch, von Walter Müller. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg. 1903.) Es handelte sich im beschriebenen Falle um eine infolge wiederholten starken Nasenblutens anämisch gewordene Frau, bei welcher sich nach langdauernder Applikation von mit Eis gefüllten Eisblasen eine ausgedehnte Gangrän der Bauchdecken eingestellt hatte. Aus den Tierversuchen des Verfassers geht hervor, dafs nach einstündiger Applikation einer Kältemischung von — 8° C. eine Entzündung und Ödem der Bauchdecken eines Kaninchens eintritt. Wirkt diese Kältemischung aber drei Stunden lang ein, so kommt es zu einer vollständigen Gangrän der Bauchdecken. Aufserdem stellten sich bei den Tieren, mochten sie nun unter der Wirkung einer gewöhnlichen mit Eis gefüllten Schweinsblase oder einer Kältemischung stehen, immer starke Frosterscheinungen mit zuweilen krampfartigem Charakter, beschleunigte Atmung und Herzklopfen ein. Ferner ist durch die Versuche dargetan, dafs sich durch die Wirkung einer gewöhnlichen mit Eis gefüllten Schweinsblase keine Gangrän der Haut nach elfstündiger Applikation hervorrufen läfst. Auch bei den durch Blutentziehung geschwächten Tieren läfst sich nach Applikation der mit Eis gefüllten Schweinsblase während acht Stunden keine Gangrän der Haut erzeugen.

Verfasser vermutet, dafs die Gangrän bei der Frau durch die Verwendung von gesalzenen Schweinsblasen zustande gekommen ist. *Fritz Loeb-München.*

Über bleibende Hautveränderungen nach Radiumbestrahlung und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung der Becquerelstrahlen, von H. E. Schmidt - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Nach Versuchen des Verfassers am eigenen Körper treten, ähnlich wie nach der Abheilung stärkerer Röntgen-Dermatitiden, im Anschlufs an stärkere Radiumbestrahlungen in der leicht atrophischen Haut oder der auffallend weifsen Narbe, welche nach der Abheilung der reaktiven Läsionen zurückbleibt, recht störende Teleangiektasien auf. An acht bestrahlten Stellen waren sie eine regelmäfsige Erscheinung, die sich vier bis sechs Monate nach der Bestrahlung einstellte. Es handelt sich bei dieser „Spätwirkung" der Radiumstrahlen entweder um eine Erweiterung präexistenter Kapillaren oder, was dem Verfasser das wahrscheinlichere ist, um eine Neubildung von Gefäfsen. Praktisch wird man aus dieser Beobachtung die Lehre ziehen müssen, die Radiumbehandlung nicht zur Beseitigung kleinerer Gefäfsnaevi im Gesicht in Anwendung zu ziehen. Für diese ist vielmehr die Elektrolyse oder noch besser die Finsenbestrahlung zu empfehlen.

A. Loewald-Kolmar.

Über die örtliche Wirkung des Benqué-Balsams bei Mückenstichen, von Erich Harnack-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 98.) Verfasser empfiehlt den aus Menthol, Methyl-Salicylat und Lanolin bestehenden Benqué - Balsam als sehr wirksames Mittel gegen Mückenstiche. Einreibung unmittelbar nach dem Stich wirkt am sichersten. Bei Anwendung im Gesicht sind wegen der reizenden Dämpfe die Augen zu schliefsen. *A. Loewald-Kolmar.*

Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa, von Burian. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 9.) Wanzenbisse provozieren gewöhnlich nur einfache Urticaria, doch beobachtete man bei Landleuten, die gegenüber den Enzymen nicht immun sind, auch stärkere selbst zur Bildung von Blasen führende Reaktion. Es werden fünf Fälle beschrieben, bei welchen aufser den typischen Urticariaquaddeln stecknadelkopf- bis nufsgrofse Blasen aufgetreten sind, welche dadurch zustande gekommen sind, dafs das Wanzengift die Hautgefäfse derart alterierte, dafs das plötzlich in grofsen Mengen herausgetretene Serum in den physiologischen Cutisspalten keinen Platz fand, wie bei der Urticaria, sondern in das Epithel eindrang und dessen Schichten zerrifs, die

Epidermis abhebt. In dem einen Falle drang an der Stelle des Bisses der Streptococcus erysipelatis ein. An die Möglichkeit einer Verwechslung mit Variola, Varicella, Erythema urticatum und multiforme wird aufmerksam gemacht.

B. Kollarits-Budapest.

Über das Vorkommen von Polierekzemen bei Bleistiftarbeitern, von Wilh. Glauning-Nürnberg. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspflege.* 37. Bd. 3. Heft.) Das Polierekzem bei Bleistiftarbeitern tritt verhältnismäfsig nur selten auf, da auf 300—400 Arbeiter im Jahre nur ein bis zwei Fälle kommen. Aufser der Möglichkeit, dafs die Politur den Ausschlag unter gewissen äufseren Verhältnissen hervorrufen kann, ist als Ursache auch eine gewisse individuelle Idiosynkrasie gegen irgendeinen der Bestandteile der Politur in Betracht zu ziehen. Ob dieser Bestandteil das Denaturierungsmittel ist, erscheint zweifelhaft, da sowohl Terpentin als Pyridin auch therapeutisch viel verwendet werden und von seiten der Kranken gut vertragen werden, und weiterhin der Gehalt an Terpentin (1 %) und Pyridin (½ %) so gering ist, dafs selbst bei andauernder Verwendung ein krankheitserregender Reiz doch sehr fraglich ist. Zu den äufseren Verhältnissen, welche Veranlassung zu der Erkrankung geben können, gehört die mangelhafte Reinlichkeit der Arbeiter; vielleicht spielen auch Witterungseinflüsse dabei eine Rolle. *Schourp-Dansig.*

Über Karbolgangrän und lokalen Karbolismus, von Alfred Schröder. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Karbolsäureverbrennung. Günstige Wirkung von Alkohol trotz später Anwendung, von T. J. Swisher-Rawlins. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 2. Sept. 1905.) Verbrennung beider Hände mit konzentrierter Karbolsäure. Nach einer Stunde waren die Hände völlig empfindungslos, die Finger konnten spontan nicht bewegt werden. Baden und Bürsten der Hände in Alkohol brachten schon nach einer Viertelstunde wieder Leben in sie, die Beweglichkeit und Sensibilität kehrten wieder. Vollständige Heilung. *A. Loewald-Kolmar.*

Karbolgangrän, von Gaston Cotte-Lyon. (*Presse méd.* 1905. Nr. 58.) Der vorliegende Fall ist ein Beweis dafür, dafs die zur Zeit der Einführung der Antisepsis so gepriesene, dann aber immer mehr von den Ärzten verlassene Karbolsäure beim grofsen Publikum noch viele Anhänger hat. Ein 18jähriges Hausmädchen hatte wegen einer kleinen Schnittwunde einen Umschlag von unverdünnter Karbolsäure gemacht, wie sie zu Desinfektionszwecken im Haushalte vorrätig war. Der Verband blieb eine ganze Nacht auf dem verwundeten Finger, ohne dafs irgend ein Schmerz ausgelöst worden wäre. Erst die Unempfindlichkeit des Fingers am anderen Morgen fiel der Kranken auf, doch fuhr sie in der häuslichen Arbeit fort. Erst nach vier Tagen traten die ersten Zeichen von Schwarzfärbung des Fingers auf. Der Prozefs ging weiter, ohne Schmerzen. Erst am neunten Tage nach der Karbolverbrennung kam das Mädchen ins Krankenhaus, wo sich eine teilweise Entfernung der Fingerspitze mit Resektion des Phalanxköpfchens notwendig machte. *Hopf-Dresden.*

Über einen Fall von Karbolnekrose und über Experimente zur Feststellung der Dosis, welche genügt, diese Veränderung der Haut zu erzeugen, von Richard Ramshorn. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Verfasser gibt nach einer historischen Einleitung einen literarischen Überblick über die bis heute vorgekommenen Karbolnekrosen und im Anschlufs daran die Schilderung eines eigenen Falles, der, durch seine Besonderheiten bemerkenswert, etwas ausführlicher mitgeteilt sei.

28jähriger Tischler R. gab bei seinem Eintritt in die Poliklinik (Geheimrat Hoffmann) die Möglichkeit zu, sich vor drei Wochen luetisch infiziert zu haben. Vor 14 Tagen bemerkte er eine linsengrofse Blüte, die sich vor acht Tagen in eine fast Zentimeter grofse nässende Stelle umwandelte. Er nahm deshalb eine 3%

wässerige Karbollösung und verwendete dieselbe zu häufigen Umschlägen am Glied. Es bildeten sich graue Beläge auf der Glans und besonders auch auf der nässenden Stelle und ihrer Umgebung, welche mehr und mehr eine dunkle bis schwärzliche Färbung annahmen. Auf dem inneren Präputialblatte bemerkte man eine Stelle, die an der Mittellinie über die linke Seite bis nahe an das Bändchen reichte und in der Breite den Sulcus coronarius und das innere Blatt in der Ausdehnung von 2 cm umfaſste. Die Oberfläche war schwarz, feuchtglänzend und hob sich an einigen Stellen etwas ab. Mit der Pinzette konnte man Teile entfernen und man erkannte unter denselben dunkelgraugelbe, schmierige Massen, die fest anhafteten. Die Empfindlichkeit innerhalb dieses Gebietes war vollständig geschwunden. Ein kleiner analoger Herd saſs auf der Eichel. Die nicht brandigen Stellen lieſsen eine gewisse Herabsetzung der Sensibilität erkennen. Sonst wurden gefunden: Schwellung der Leistendrüsen, luetisches Exanthem, am Scrotum nässende Papeln, scharf umschriebene Rötung von Zäpfchen und Gaumenbögen, deutliche Schwellung der Lymphdrüsen an Hals, Nacken und Cubitalbeuge. Ordination: Spezifische Behandlung und Umschläge von Borsäure-Aluminiumacetatmischung

Acid. boric. 5,0
Liqu. alumin. acet. 100,0 : 1000.

Nach drei Tagen waren die schwarzen Massen in der Hauptsache abgestoſsen, und es zeigte sich an ihrer Stelle geschwürige Veränderung mit stark eiterndem Grunde. Gute Überhäutung, flache Narbe am Penis, tiefe Einziehung an Stelle des gröſseren Geschwürs, fast völliger Verlust des Frenulum.

Es ist dies der erste beschriebene Fall, bei dem ein Verband mit verdünnter 3%iger Karbollösung am Penis eine Nekrose hervorgerufen hat.

Die sehr fleiſsigen und beachtenswerten Versuche des Verfassers können im Rahmen eines Referates leider nicht genügend erörtert werden. Vorliegende Dissertation ist wieder eine von denen, die imstande sind, das noch sehr verbreitete Vorurteil gegen „Dissertationen“ auf das gründlichste zu zerstreuen. *Frits Loeb-München.*

Über artifizielle Dermatitis durch den Gebrauch eines Haarfärbemittels, von Carl Bohač-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 26.) Ein neues Haarfärbemittel „Nucin“, bestehend aus einer 1%igen Lösung von Paraphenylendiamin, versetzt mit 5%igem Wasserstoffsuperoxyd und 0,5%iger Kalilauge, wurde der deutschen dermatologischen Klinik zu Prag zur Prüfung und Begutachtung vorgelegt. Das Mittel wurde wegen seines Gehalts an Paraphenylendiamin, dessen schädliche Wirkung auf die Haut bekannt ist, von vornherein zurückgewiesen. Zwei späterhin beobachtete Fälle von bullöser Dermatitis zeigten die schädliche Wirkung des Nucins.

Putzler-Dansig.

Gewebsnekrose (Eschara) nach Hg-Injektionen, von Alexandriski. (*Med. Obozrenje.* 1905. Nr. 19.) Zu den bisher in der Literatur beschriebenen Fällen von Eschara nach Hg-Einspritzungen (Lesser, Brocq, Pflüger, Klotz und Glawsche) fügt Verfasser zwei neue Beobachtungen hinzu, von denen die eine aus der Privatpraxis von Prof. Nikolski, die andere aus der dermatologischen Klinik desselben in Warschau stammt. In dem einen Fall entwickelte sich bei einem 35jährigen Mann, im Anschluſs an die 23. Injektion einer 1%igen Lösung von Hydr. benzoic. oxydatum in die linke Hinterbacke, unter heftigen Schmerzen eine Eschara, in dem anderen Fall bei einer 24jährigen Frau, im Anschluſs an die vierte Injektion einer 3%igen Lösung von Hydr. praec. flav. in den rechten Glutaeus. (Früher hatte die Kranke bereits 21 Hg-Injektionen ohne derartige Komplikationen bekommen.) Hinsichtlich der Ursache zur Eschara teilt Verfasser den von Nikolski vertretenen Standpunkt, daſs die

Injektionsnadel in solchem Fall die eine Wand einer Arterie, nicht Vene, durchsticht, wodurch die ganze injizierte Menge durch den Blutstrom in die Kapillaren weitergetragen wird, wo sich schnell ein entzündlicher Prozefs entwickelt. Das zarte Endothel der Kapillargefäfse wird zerstört, die Gefäfse werden teilweise zerrissen, teilweise durch Blutgerinnsel verstopft. Es kommt zu einem Ödem. Die Schmerzen aber sind bedingt durch Druck auf die Nerven.

(Anmerkung des Referenten. Nach den spärlichen Fällen in der Literatur gewinnt man den Eindruck, als wenn die Eschara nach Hg-Injektionen zu den allerseltensten Erscheinungen gehört. In Wirklichkeit wird wohl jeder Syphilidologe das eine oder anderemal das Unglück gehabt haben, eine Eschara zu erzeugen, aber es fehlt der Mut zur Mitteilung. Referent selbst hat dieses Malheur etwa drei- oder viermal gehabt und hat einen Fall gesehen, wo durch die Ungeschicklichkeit eines Feldscherers, der die Injektionen ausgeführt hatte, bei einem und demselben Kranken mehrere Nekrosen aufgetreten waren.) *Arth. Jordan-Moskau.*

Neurotische Entzündungen.

Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen, neurotischen Hautgangrän, von Róna. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 11.) Von den beschriebenen fünf Fällen fanden sich bei vier ausgesprochene hysterische Stigmata vor, und sind die Hautveränderungen mit Ausnahme von einem Fall nach irgendeinem Trauma aufgetreten. Die bei Hysterischen vorkommenden gangränösen Hautläsionen können ohne erkünstelte Hypothesen einfach als Selbstbeschädigungen infolge der aus dem hysterischen Charakter hervorgehenden Auffallungssucht und Neigung zur Simulation aufgefafst werden. Die Krankheitsform Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi ist nicht von der Gruppe der spontanen oder multiplen, neurotischen Gangrän zu trennen. Diese Affektion wird ausschliefslich bei Hysterischen und Simulanten beobachtet, und die Hautläsionen stellen nichts anderes dar als künstliche, eigenhändig durch irgendein Ätzmittel hervorgebrachte Veränderungen. Diese Selbstschädigungen sind als Folge des hysterischen Charakters, der Simulation aufzufassen. Die von verschiedenen Autoren angegebenen morphologischen und pathologisch-anatomischen Differenzen werden durch die Verschiedenheit der verwendeten chemischen Substanzen, deren Konzentration und Anwendungsdauer, sowie durch die verschiedene Irritabilität der Gewebe erklärt. *B. Kollarits-Budapest.*

Über hysterische Hautgangrän, von J. Le Gall. (*Thèse de Paris.* 1902.) *Frits Loeb-München.*

Ulcera cutanea bei Hysterie, von Ernst Dultz-Jena. (Inaug.-Dissert, Jena 1905.) Es handelt sich im ausführlich geschilderten, interessanten Fall um eine echte Hysterika, die lange Zeit als impulsive Effekthandlungen Selbstverstümmelungen vorgenommen hatte. Die eingehend mitgeteilten Versuche des Verfassers werden für spätere einschlägige differentialdiagnostische Untersuchungen von gröfstem Werte sein. Mit welchem Raffinement die Patientin vorging, erhellt aus der Anmerkung des Verfassers, dafs die Ähnlichkeit mancher Effloreszenzen — immer dieselben einzeln betrachtet und nicht etwa gleichzeitig alle Altersstufen nebeneinander (denn da erkannte man den Artefakt sofort) — mit Syphiliden eine derartige war, dafs von höchst kompetenter Seite anfänglich nach der Entlarvung angenommen wurde, die Patientin wolle ihre luetischen Ulcera im Sinne von Verätzungen angesehen wissen, sie ätze zwischen den luetischen Ulcerationen und wolle die Lues dissimulieren.

Die Arbeit sei der Beachtung empfohlen. *Frits Loeb-München.*

Zur Kasuistik des Malum perforans pedis mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Anlage, von Fritz Titschack. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über Herpes simplex recidivans mit atypischer Lokalisation, von L. Török-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Dermatol. Beil. Nr. 4.) Es werden fünf Fälle beschrieben, bei welchen die Krankheit an sonst ungewöhnlichen Stellen — Hals, Rücken, Glutäalgegend usw. — auftrat. In einem Falle ist die Eruption nach Alkoholgenufs erschienen, in zwei Fällen nach sauren Speisen und Wurstwaren. In den übrigen zwei Fällen ist die Ätiologie unklar. — Es ist wahrscheinlich, dafs die Herpeseruption auf hämatogenem Wege durch im Blut kreisende toxische Stoffe verursacht wird. *B. Kollarits-Budapest.*

Über Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme), von Emil Glas-Wien. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 7 u. 8.) Verfasser sah im August 1905 den sonst seltenen Herpes laryngis, zum Teil mit Herpes pharyngis vergesellschaftet, förmlich in Form einer kleinen Epidemie auftreten, wobei er 14 Fälle von Kehlkopfherpes zu beobachten Gelegenheit hatte. Einige typische Fälle führt er genau auf und bespricht die Differentialdiagnose. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Erythema multiforme, von A. Garceau-San Francisco. (*Calif. State med. Journ.* Okt. 1905.) Es handelte sich um einen 27jährigen Mann mit typischen Erscheinungen des Erythema multiforme (G. nennt es multiform i s!), das zum dritten Mal sich entwickelte. Die erste Attacke soll im Anschlufs an eine nicht blennorrhoische Urethritis entstanden sein. Patient erhält jetzt Adrenalin innerlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von W. Löbl-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* 1906. Nr. 8.) Bei einem 35jährigen Beamten traten von heftigen Schmerzen — Stechen und Brennen — begleitet symmetrisch an beiden Fufsrücken und Unterschenkeln scharf begrenzte, stark erythematöse, hellrote, etwas erhabene und ödematöse, druckempfindliche Flecken auf, die nach drei bis vier Wochen abblafsten und gleichzeitig auch die Schmerzen schwanden. Die Affektion rezidivierte zweimal, und wurde jedesmal mit kühlen Umschlägen, vorsichtiger Massage, Aspirin und Mentholsalbe behandelt. Warme Bäder wurden nicht vertragen. *B. Kollarits-Budapest.*

Über fehlerhafte Ernährung als Ursache der kindlichen Prurigo, von J. Brguinot. (*Thèse de Paris.* 1903.) Ohne Bedeutung. *Fritz Loeb-München.*

Ätiologie, Diagnose und Therapie der Prurigo beim Kinde, von Hector Bardin. (*Thèse de Paris.* Nr. 47. 1903.) Ätiologisch kommen in erster Linie Verdauungsstörungen in Betracht; die Therapie hat sich gegen diese zu richten. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von primärem Sarkom der Leber mit einer Form von symptomatischer Prurigo, von Salvini. (*Rif. med.* Nr. 3. 1906.) Die Dermatose bestand aus einem papulösen, ziemlich oberflächlich lokalisiertem Ausschlag, der über den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts und des Kopfes, ziemlich gleichmäfsig verbreitet war. Die einzelnen Elemente zeigten einen hämorrhagischen Inhalt, der nicht auf das Kratzen zurückzuführen war. Kein Icterus, mäfsiges Jucken. In der Leber hatte sich ein mit aufserordentlicher Schnelligkeit wachsender Tumor, mit bedeutender Vergröfserung des Organs entwickelt, gestützt auf welchen Befund man ein Sarkom (eher als ein Carcinom) angenommen hatte, was denn auch durch die Untersuchung post mortem bestätigt wurde. *C. Müller-Genf.*

Prurigo, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 34.) Kurze Beschreibung der Prurigo Hebra, die J. auch Strophulus nennt, des Lichen simplex chronicus (auch

Neurodermitis chronica circumscripta oder Dermatitis lichenoides pruriens genannt) und des Lichen ruber planus. In der Ätiologie der drei Affektionen spielen nach J. neuropathische Veranlagung und der unvermeidliche Arthritismus, bei Prurigo Hebra auch Ernährungsstörungen und Diätfehler der Ammen eine Rolle.

Göts-München.

Akute Exantheme.

Der Wert der Inkubationszeit bei der Diagnose der akuten Exantheme des Kindes, von A. Hand. (*Arch. of Pediatrics.* April 1904.) Nach eigenen Erfahrungen und nach den Mitteilungen der Autoren hält Verfasser die Inkubationszeit der Masern für ziemlich feststehend, 10—12 Tage, die für Scharlach schwankt zwischen 7 Stunden und 20 Tagen, die für Röteln zwischen 5 und 22 Tagen. Der Grad der Schwankung erklärt sich aus der Heftigkeit des Giftes und aus der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Dafs einem gelegentlich die so ähnliche Dauer der Inkubationszeit der verschiedenen Krankheiten täuschen kann, beweist Verfasser an einer kleinen Epidemie der Kinder einer Familie, die von Scharlach, Masern und Röteln befallen wurden.

F. Hahn-Bremen.

Die infektiösen Erytheme, von E. Detot. (*Thèse de Paris.* 1904.) Als infektiöse Erytheme beschreibt Verfasser in seiner beachtenswerten Arbeit nicht nur die im Verlaufe von Infektionskrankheiten auftretenden, in das regelmäfsige Bild der Affektionen nicht passenden Formen, sondern auch gewisse primäre Erytheme, deren Ursache unbekannt ist, und die mit mehr oder weniger schweren Erscheinungen einhergehen. Verfasser bespricht die gemeinsamen Charakteristica der verschiedenen Erythemformen in bezug auf das Auftreten und das Bild, die allgemeinen Erscheinungen und die Entwickelung der Eruptionen, um dann die verschiedenen sekundären und in einem besonderen Kapitel die metadiphtherischen Erytheme sowie schliefslich die primären Erytheme zu schildern, die ohne bekannte Ursache und ohne Zusammenhang mit anderen Affektionen auftreten, häufig beobachtet aber in bezug auf ihre Selbständigkeit noch nicht genügend erforscht sind, wie z. B. das scarlatiniforme Erythem.

Frits Loeb-München.

Einige hygienische Betrachtungen in bezug auf eine in der Bretagne beobachtete Scharlachepidemie, von Maurice Le Foll. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 274.)

Frits Loeb-München.

Die Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprozefs, von G. Jochmann-Breslau. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 56. Bd. Heft 3 u. 4.) Baginsky und Menzer sind geneigt, den Streptokokken für die Entstehung bezw. Ausbreitung des Scharlachs die Hauptrolle zuzuweisen; Menzer geht noch weiter als Baginsky und leugnet eine Spezifität der bei Scharlach gefundenen Streptokokken, indem er den Scharlach als eine im kindlichen Organismus besonders schwer verlaufende, durch Streptokokken der normalen Mundhöhle erzeugte Angina bezeichnet, er nimmt an, dafs durch die Streptokokken die initiale Angina bedingt wird, an die sich dann unter den bekannten Allgemeinsymptomen der Hautausschlag anschliefst. Jochmann beweist, dafs eine allgemeine Blutinfektion mit Streptokokken, deren Eintritt in den ersten Tagen er als wahrscheinlich hinstellt, nicht erfolgt, sondern dafs sie, wenn überhaupt, dann gewöhnlich erst kurz vor dem Tode bei septischen Kindern zu stande kommt. Ferner erinnert er daran, dafs es doch unendlich viele Kinder gibt, die Streptokokken auf den Tonsillen haben und keinen Scharlach bekommen. „Wir kommen über das Spezifische des Scharlachs nicht hinweg und müssen auch am Scharlacherreger etwas Spezifisches voraussetzen.“ Es steht für Jochmann fest,

dafs die Streptokokken zwar die häufigsten und gefährlichsten Erreger von Sekundärinfektionen beim Scharlachfieber sind, nicht aber die eigentlichen spezifischen Scharlacherreger. *Arthur Rahn-Berlin.*

Die Protozoen des Scharlachfiebers, von CHARLES W. DUVAL-Boston. (*Virchows Arch.* 1905. 179. Bd.) DUVAL ging von der Ansicht aus, dafs die frei in den interzellularen Lymphspalten liegenden, vielleicht ein Entwickelungsstadium eines Protozoen darstellenden, protozoenähnlichen Zellen sich auch künstlich in den Inhalt einer Hautblase ziehen lassen müfsten. D. benutzte Ammoniakwasser, um rasch eine Blase zu ziehen und beschreibt ausführlich diese Methode.

Die Methode, rasch mit Ammoniak eine Blase zu ziehen, ist bis jetzt die beste, wenn es sich darum handelt, ein zellenfreies Serum zu erhalten.

„Man darf hoffen, dafs die beschriebene Methode sich bewähren wird bei den weiteren Forschungen über das Scharlachfieber wie auch über die anderen akuten Exantheme."

Mit dieser nunmehr ausgebildeten Methode untersuchte D. das Serum von 18 Scharlachfällen; 13 davon mit negativem Resultat. Bei fünf Fällen fand er auf der Höhe des Ausschlags am 2. oder 3. Tage Gebilde, welche den von MALLORY 1903 in der Haut beschriebenen vollkommen entsprachen. Mit der modifizierten LEICHMANNschen Farbe färben sie sich hellblau. Nach ihrer Gröfse, Struktur und Besonderheit in der Färbung lassen sie sich grob in vier Gruppen einteilen:

1. Formen verschiedener Gröfse mit unregelmäfsiger Gestalt. Sie färben sich hell und haben eine körnige Struktur. Ihre äufseren Konturen sind unregelmäfsig und veränderlich; konstanter ist ihre innerliche amöbenähnliche Struktur.

2. Kugelige Formen von 3—6 μ Durchmesser. Sie färben sich intensiver als die der Gruppe I. Sie setzen sich zusammen aus Verbänden, deren Organisation und Bestimmung desto deutlicher wird, je weiter man von den gröfseren zu den kleineren Formen vorgeht. Sie entsprechen dem Stadium der Sporozoitenbildung der besser bekannten Parasiten.

3. Kleine ovale und kommaförmige Gebilde, die sich ebenso stark wie die Rosetten färben. Nach Gröfse und Form sind sie fraglos durch Segmentation der gröfseren Gebilde der Gruppe II entstanden.

4. Sich hellfärbende Gebilde, die in ihrer Form nicht so regelmäfsig wie die der Gruppe I gebaut sind. In ihrem Bau lassen sie ein deutliches Netzwerk mit groben Maschen und feinen Fäden erkennen. Inmitten jeden Flecks befindet sich ein dunkler Punkt.

Hierzu kommen noch einige wichtige Formen, die aber nur einmal gesehen wurden. Wieviel von diesen im Detail verschiedenen Erscheinungen konstant ist, inwieweit sie von leichten unkontrollierbaren Färbungsmodifikationen abhängen, das müssen spätere Forschungen entscheiden. Alle Versuche, allein nach Analogie einen Entwickelungszyklus zu konstruieren, müssen zwecklos bleiben. Nur auf die mehr als auffällige Ähnlichkeit mit den besser bekannten Parasiten sollte hingewiesen sein.

Bei der Sektion eines Falles fand D. Gebilde, die mit den von MALLORY beschriebenen und mit den eben erwähnten identisch waren. Dabei hatte D. in diesem Falle die Gebilde auch im Serum gefunden, und so unterstützt die eine Untersuchungsmethode auch die andere.

D. kommt zu folgenden Schlufsfolgerungen: Das Auffinden protozoenähnlicher Gebilde im Serum Scharlachkranker, die mit den von MALLORY in der Haut beschriebenen Parasiten übereinstimmen, stellt nicht nur dessen Befund sicher, sondern liefert aufserdem den Beweis, dafs wir es mit verschiedenen Entwickelungsstadien im Lebenslauf eines Protozoon zu tun haben. *Arthur Rahn-Berlin.*

Scharlachansteckung durch offene Wunden, von CHARLES HERRMAN. (*Arch. of Pediatrics.* Oktbr. 1905.) Scharlachansteckung durch offene Wunden ist charakterisiert durch die Kürze der Inkubationszeit, der Veränderung des Aussehens der Wunde nach stattgehabter Infektion, der Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, das Beginnen des Ausschlags um die Wunde herum. Die Halssymptome sind gewöhnlich milde, die Wunde heilt rasch nach Ausbruch des Exanthems, die Abschuppung beginnt rund um die Wunde. Diese Art der Ansteckung kommt häufiger vor, als man denkt. Man sollte daher bei Kindern, die dem Scharlach ausgesetzt sind, offene Wunden gut verbinden. Ein Kind, das sonst gegen Scharlach immun erscheint, kann die Krankheit so bei direkter Inokulation sich zuziehen. *F. Hahn-Bremen.*

Milch und Scharlach, von ALICE HAMILTON-Chicago. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Nov. 1905.) Verf. gibt Auszüge aus der Literatur über diesen Gegenstand und kommt zu dem Resultat, daſs die Milch jedenfalls ein guter Nährboden für das Scharlachvirus ist, daſs aber keine Krankheit bei den Kühen bekannt ist, welche imstande wäre, beim Menschen Scharlach zu erzeugen. Die als solche gedeuteten Beobachtungen dürften sich als Vaccinia oder Septicaemie ausweisen. *Pppi-Bad Salzschlirf.*

Über sogenannte return cases bei Scharlach, von SÖRENSEN-Kopenhagen. (*Therap. Monatsh.* 1906. Heft 3.) Es handelt sich um durch entlassene Geschwister angesteckte, dem Spital zurückgeschickte Fälle von Scharlach. S. berichtet über die Scharlachfälle in Kopenhagen seit 1878, die nicht abgenommen haben trotz möglichster Isolierung. Daran Schuld ist Zentralisationstendenz der Neuzeit mit groſsen Mietskasernen, Volksschulen und die unvollständige Trennung der Ansteckenden von den Gesunden und Rekonvaleszenten. S. erzählt eine Familiengeschichte, wo die heimkehrenden die anderen Geschwister infizierten, und viele andere Fälle. Um ein besseres Resultat zu erreichen, wäre demnach eine längere Isolierung, jedenfalls eine Verlängerung der jetzt gebrauchten um einige Wochen notwendig.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Studium der Scharlachrezidive, von N. HENRY. (*Thèse de Paris.* 1904.) Die Arbeit bringt nichts von Belang. *Fritz Loeb-München.*

Über Scharlachrezidive, von ERICH BECK. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Wahre Scharlachrezidive, analog dem Typhusrezidiv durch Wiederaufleben eines noch virulenten Scharlachkontagium entstanden, gibt es ganz sicher; es ist aber heute noch nicht möglich, sie scharf abzutrennen von kurz aufeinander folgenden durch neue Infektion von auſsen entstandenen Scharlacherkrankungen.

Dem „Pseudorezidive" kann man keine besondere Stellung anweisen oder es in die Rezidive einreihen, da seine Ätiologie dunkel ist.

Das Rezidiv unterscheidet sich im Verlauf, Exanthem, sonstigen Symptomen, Komplikationen in keiner Weise von der ersten Scharlacherkrankung.

Am häufigsten tritt das Rezidiv in der dritten, am nächst häufigsten in der zweiten und vierten Krankheitswoche ein.

Die Prognose des Rezidivs ist im ganzen günstiger als die des Scharlachs überhaupt, besonders bei Erwachsenen.

Vorwiegend werden Kinder von Scharlachrezidiven befallen, sie finden sich gelegentlich aber in jedem Alter. *Fritz Loeb-München.*

Fälle von Scharlachrezidiv, von E. J. SLADE-KING-Ilfracombe. (*Brit. med. Journ.* 2. Dez. 1905.)

I. Knabe, 5 Jahre alt, am 8. Krankheitstage frei von Ausschlag, zeigte am 9. beginnende Abschuppung, war am 28. in voller Rekonvaleszenz, am 29. leicht fieberhaft und entwickelte alsdann einen intensiven Scharlachausschlag, welcher etwa 8 Tage lang bestehen blieb. Heilung.

II. Mädchen, 4 Jahre alt, mit ähnlicher Vorgeschichte, entwickelte am 34. Tage des Krankenhausaufenthalts typischen Scharlach. Bei beiden Kindern war beim Einsetzen des Rezidivs ein starker Ausfluſs aus der Nase neben der gewöhnlichen entzündlichen Rachenaffektion auffällig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach, von Leopold Bleibtreu-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Die erste der beiden Beobachtungen war ein Scharlachrezidiv, das erst 40 Tage nach Beginn der Erkrankung, 32 Tage nach Beginn einer deutlichen charakteristischen Abschuppung auftrat. Der erste Anfall war ein ungemein milder gewesen, das Rezidiv, das durch leichte Temperatursteigerung, Pulsbeschleunigung, Diarrhoe und Erbrechen eingeleitet wurde, verlief nicht ganz so gelinde; das Fieber dauerte länger an, aufserdem kam es vorübergehend zu leichten Schwellungen in beiden Handgelenken und zu leichter Albuminurie. Die Desquamation war nach dem Rezidiv ebenso stark wie nach dem ersten Anfall.

In einem anderen Falle fand Bl. 25 Tage nach Beginn eines Scharlachs, der verhältnismäfsig leicht und rasch verlief, an beiden Knien und auf beiden Gesäfshälften symmetrisch angeordnete, frische bläulich-rote Striae. Während Striae patellares nach Typhus und einigen anderen Krankheiten mehrfach beobachtet und auf verschiedene Weise erklärt worden sind, ist die Bildung von Striae nach Scharlach bisher noch nicht beschrieben worden. Ihr Auftreten, ihre eigentümliche Lokalisation und Anordnung in dem vorliegenden Falle zu erklären, ist Bl. nicht imstande.

Götz-München.

Von der sogenannten Scarlatina chirurgica, von G. Máthé-Kolozsvár. (*Gyógyászat.* 1906. Nr. 6.) Unter Scarlatina chirurgica werden solche Fälle verstanden, bei welchen das Virus an irgend einer zufällig oder artifiziell entstandenen Kontinuitätstrennung der Hautoberfläche in den Organismus dringt. Es wurden fünf Fälle beobachtet, von welchen vier in die dritte Gruppe der Brunnerschen Einteilung eingereiht werden können. In der Nähe der Infektionsstelle ist das Exanthem am dichtesten und auffallendsten. Differentialdiagnostisch kommt Erythema congestiv., toxic. und septic. in Betracht. *B. Kollarits-Budapest.*

Scarlatina ambulatoria, von J. M. Fortescue-Brickdale-Clifton. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1906.) Verfasser wurde bei einem 16jährigen Burschen wegen pleuritischer Schmerzen zu Rate gezogen. Auf Befragen wurde angegeben, dafs der Patient eine Woche zuvor Halsschmerzen und einen Ausschlag, welcher bald wieder verging, gehabt hatte. Der Rachen war gerötet, die Zunge erdbeerartig; im weiteren Verlauf trat Abschuppung ein. Eine Schwester des Patienten war in ähnlicher Weise erkrankt. Sie hatten wegen der Erkrankung, die zweifelsohne als leichter Scharlach zu bezeichnen war, gar nicht das Bett hüten müssen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Scharlach-Otitis, von F. B. Sprague-Rhode Island. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Sept. 1905.) In der Behandlung der Scharlach-Otitis wird nach Ansicht des Verfassers vielfach gefehlt, insofern, als man zu lange damit zögert, dem sich entwickelnden Eiter durch Parazentese des Trommelfells einen Ausweg zu schaffen. Nach Anführung verschiedener Publikationen zum Beweise von der grofsen Bedeutung dieses Leidens für die Entstehung permanenter Taubheit und Taubstummheit berichtet S. über seine im Laufe von fünf Monaten im Fieberhospital an 60 Scharlachfällen gewonnenen Erfahrungen. Unter diesen Patienten boten drei bereits bei der Aufnahme eiterige Otitis media dar, und bei sieben Kindern entwickelte sie sich im weiteren Verlauf der Scharlacherkrankung. Bei drei Kranken verursachte das Ohrleiden keine Schmerzen, und nur der plötzliche Temperaturanstieg führte zu seiner Entdeckung. Der bakteriologische Befund war beachtenswert: vier der inzidierten Ohren lieferten Reinkulturen von Streptokokken — diese Fälle heilten am schnellsten.

Bei drei Fällen fand sich ein Bacillus, welcher Ähnlichkeit mit dem Diphtheriebacillus darbot, aber doch mit bestimmten Unterschieden. Nach Eröffnung des Trommelfells fanden sich im Sekret etwa acht Tage später auch Staphylokokken und andere Mikroorganismen. Klinisch sind drei Zustände zu unterscheiden: die akute seröse Entzündung, die akute eitrige und die akute nekrotische. Die Infektion kann sowohl auf dem Wege der Eustachischen Tube vor sich gehen als auch hämatogenen Ursprungs sein. Für die weitere Übertragung des Kontagiums ist das Ohrensekret ein wichtiges Vehikel, wie Verfasser auch an einigen Beobachtungen demonstriert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bakteriologie des Ohren- und Nasensekrets bei Scharlach und anderen Krankheiten, von C. J. Lewis-Edinbourg. (*Scott. med. Journ.* Nov. 1905.) Auf Grund der Untersuchung von 107 Fällen verschiedenartigen Ursprungs kam L. zu folgenden Schlüssen: Eiteriger Ausfluſs aus Ohren und Nase hat nicht einen einzigen Mikroorganismus als Ursache, sondern eine ganze Anzahl von solchen und zwar sind es vier Gruppen, welche besonders häufig vorkommen: die Pneumo-, Staphylo-, Streptokokken und der Diphtheriebacillus. Reinkulturen derselben kommen im genannten Ausfluſs nur ausnahmsweise vor, in etwa 10 % aller Fälle, während in den übrigen Fällen gleichzeitig verschiedene Bakterien vorhanden sind. Beim Scharlach ist die Ohreneiterung nicht immer auf denselben Mikroorganismus zurückzuführen, es kann der Pneumococcus, der Streptococcus pyogenes oder ein Bacillus aus der Diphtheriegruppe verantwortlich sein und da man so häufig Staphylokokken in solchem Eiter findet, erscheint es nicht zweifelhaft, daſs auch manchesmal diese die Ursache der Eiterung abgeben, wiewohl L. niemals in seinen bezüglichen Fällen Reinkulturen von Staphylokokken fand. Ähnlich waren die Befunde bei Naseneiterung; der Pneumococcus ist bei der Scharlach-Otitis viel häufiger wie bei der -Rhinitis vorhanden: in 56,5 % gegen 23 % der letzteren. Das beim Scharlach vorhandene Ohren- und Nasensekret ist weniger virulent im späteren als im Frühstadium der Eiterung; die Streptokokken können jedoch bei der Rhinitis ihre pathogene Wirkung beibehalten, selbst wenn die Sekretion länger als einen Monat gewährt hat, während diese Wirkung für Otitis und Rhinitis im Frühstadium gleich gefährlich ist. Vielleicht kann man noch weiter gehen und annehmen, daſs Rhinitis die fruchtbarste Quelle von Folgeerkrankungen und Rezidiven ist, eine Annahme, welche kürzlich auch in einer Arbeit von Pugh über Infektiosität des Scharlachs bestätigt wurde. Schliefslich ist die Häufigkeit, mit welcher auch Diphtheriebazillen bei Nasen- und Ohrenkomplikationen des Scharlachs vorkommen, bemerkenswert und zu der Ansicht führend, daſs letzterer und Diphtherie eine nähere Verwandtschaft besitzen als gewöhnlich angenommen wird; eingehendere vergleichende Untersuchungen über diese beiden Krankheiten würden, wie Verfasser glaubt, vielleicht noch manche Aufschlüsse zur Epidemiologie liefern.

Stern-München.

Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluſs an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oberen Luftwegen, von Georg Bernhardt. (Inaug.-Dissert. Rostock 1905.) Unter anderem werden sechs Fälle von Scharlach nach Ausräumung des Nasenrachenraumes und zwei Fälle von Scharlach nach Abtragung von Schleimhauthypertrophien der unteren Nasenmuscheln mitgeteilt. Der Scharlach trat in diesen Fällen durchschnittlich 48 Stunden nach der Operation auf; das Exanthem dauerte durchschnittlich acht Tage. Es wird angenommen, daſs die Infektionserreger schon vorher in der Mundhöhle der Kinder vorhanden waren.

Fritz Loeb-München.

Komplikationen bei Scarlatina, von W. Hunter-London. (*Brit. med. Journ.* 24. Febr. 1906.) Bekanntlich ist ein septischer Sekundärzustand bei sehr vielen Fällen

von sonst günstig verlaufenden Scharlachfällen (ebenso wie beim Ileotyphus usw.) die Ursache des Todes. H. weist darauf hin, daſs im allgemeinen nicht genügend darauf geachtet wird, ob nicht etwa die Mundhöhle durch das Bestehen von Zahnfleischgeschwüren und dergleichen die Eingangspforte für pathogene Mikroorganismen abgeben wird. Seine Aufzeichnungen über die Befunde in bezug auf Sepsis der Mundhöhle haben ergeben, daſs man trotz sofortiger Einleitung von Gegenmaſsregeln sich dabei auf wesentlich intensivere Komplikationen, Nephritis, Rhinitis, Otitis gefaſst machen muſs als bei intakter Mundschleimhaut. Im übrigen gibt der Vortrag eine übersichtliche Besprechung des ganzen Gegenstandes in kurzen Zügen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus, von Oskar Gross-Straſsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Kurze Mitteilung über zwei Scharlachfälle, in deren Verlauf leichter, mehrere Tage anhaltender Ikterus auftrat; bei beiden Kranken, einer 28jährigen und einer 25jährigen Frau, handelte es sich nicht etwa um schwere septische, sondern um ganz leichte Scarlatina, in beiden Fällen erfolgte Heilung. Der Ikterus war hier nur die Folge leichter Veränderungen im Verdauungskanal, wie sie bei Scharlach häufig vorkommen; in solchen Fällen ist er ohne Einfluſs auf die Prognose und den Ablauf der Scarlatina. Ist der Ikterus bei Scharlach dagegen das Zeichen einer allgemeinen septischen Erkrankung mit Verfettung aller Organe, dann hat er eine sehr ungünstige prognostische Bedeutung.

Götz-München.

Über transitorische Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach, von P. V. Jezierski. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 50.) Beschreibung von drei Fällen akuter vorübergehender Geistesstörungen bei Kindern, die im Laufe einer Scharlachepidemie des Jahres 1905 in der medizinischen Klinik in Zürich vorgekommen sind. In allen drei Fällen handelte es sich um nicht belastete Kinder, die im Stadium der Rekonvaleszenz mit Symptomen akuter geistiger Störungen erkrankten, die nach einigen Tagen zum Teil völlig verschwanden, zum Teil spurenweise erhalten blieben. Ein Fall entsprach dem Bilde der Stupidität, die beiden anderen den Erregungszuständen; alle drei entfallen auf diejenigen klinischen Formen, welche Kraepelin als „infektiöse Schwächezustände“ bezeichnet. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beitrag zur Kenntnis der Scharlach-Nephritis, von Johannes Venzke. (Inaug.-Dissert. München. 1905.) Verfasser weist darauf hin, daſs, trotzdem die Scharlach-Nephritis die meist untersuchte und best gekannte Form der Nephritis ist, doch erhebliche Abweichungen in Beschreibung und Auffassung der einzelnen Autoren über diese Erkrankung bestehen. Den Hauptteil der Arbeit bildet die Mitteilung der Anschauung der einzelnen Autoren. Zum Schluſs werden Krankengeschichte und pathologische Anatomie eines einschlägigen Falles erörtert. *Fritz Loeb-München.*

Ätiologie und Präventivbehandlung der Scharlach-Nephritis, von H. Löwenburg-Philadelphia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.* 1906. Nr. 7.) Bei jedem Scharlachfall ist zur Vermeidung der Nephritiskomplikation peinlichst auf Veränderungen im Urin zu achten; Verdauungsstörungen sind sorgfältig zu verhüten. Die Präventivbehandlung erfordert gut ventilierte Krankenzimmer, nach Süden gelegen, geschützt gegen Zugwind und plötzlichen Temperaturwechsel; die beste Diät für Scharlachpatienten ist Milch; tägliche Bäder mit nachfolgender Einreibung sind ein wertvoller Zubehör. Die einzigen Arzneien, welche einen Wert zur Verhütung von Nierenkomplikationen haben, sind Alkalien und Laxantien. Urotropinanwendung ist nutzlos und kostspielig. Magnesium-Sulfat leistet gute Dienste in folgender Verordnung:

Magnesii sulfat. 3—6
Acid. Acetici soluti 3
Syrup. Zingiberis 1
Aqua dest. 30.

M. S. Ein Teelöffel zwei- bis dreistündlich in Wasser.

Bezüglich eines Scharlachantitoxins kommt Mosers Antistreptokokkenserum in Betracht, welches auf schwere Scharlachformen einen wohltätigen Einfluſs hat, aber nicht einer Nephritis vorbeugen kann. *Schourp-Dansig.*

Über Nephritis bei Scharlach, von Heinrich Reichel-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* Jan. 1905.) Die Scharlachnephritis ist eine der meist untersuchten und wohl auch bestgekannten Formen der Nephritis überhaupt, und seit Richard Bright besteht eine umfangreiche Literatur darüber.

Die Reichelsche historische Darstellung zeigt aber, daſs trotz der sehr groſsen Zahl einschlägiger Untersuchungen Einigkeit und Klarheit keineswegs über alle wichtigen Fragen bestehen, welche die Nephritis bei Scharlach betreffen.

Die vorwiegende Beteiligung der Körner an der typischen postscarlatinösen Nephritis steht fest, doch wird das Vorkommen ausschlieſslicher Beteiligung derselben — reiner Glomerulonephritis — nicht selten bestritten. Die pathologischen Vorgänge im Nierenkorn wurden sehr verschieden beschrieben und aufgefaſst, wobei sich das Fehlen beweiskräftiger Bilder fast überall bemerkbar macht. Die Beziehungen zwischen klinischer und anatomischer Erscheinung müssen — da der mangelnde Parallelismus beider nicht selten betont wird — ebenfalls als unvollständig geklärt angesehen werden, so können denn auch die Fragen nach dem Verhältnisse dieser Nephritisform zu anderen sowie nach der Ätiologie und Entwicklung des pathologischen Prozesses nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Als Ort der ersten anatomischen Veränderung in der Niere muſs zunächst die Gesamtheit aller Nierenkörner bezeichnet werden. Bloſs teilweises Ergriffensein findet sich nicht, dagegen fehlen wiederholt andere Veränderungen so gut wie vollständig, oder dieselben sind so gering, daſs ihnen keine Bedeutung zugeschrieben werden kann. Danach darf auch für die übrigen Fälle die auch dort überwiegende Körnererkrankung als das Primäre und Wesentliche betrachtet werden. Nur eine leichte Mitbeteiligung der intertubulären Kapillaren — wie sie auch Nauwerk beschreibt — darf vielleicht für einige Fälle als früh hinzutretend oder gleichzeitig beginnend aufgefaſst werden. Im ganzen bleibt aber die Bezeichnung des Prozesses als reine „Glomerulonephritis“ im Sinne Klebs' und Friedländers durch die weit überwiegende Rolle der Körner gerechtfertigt.

Unter den sichtbaren Veränderungen in diesen selbst müssen ferner die Wandverdickung und Endothelkernvermehrung der Schlingen als die ersten wichtigen angesehen werden. Geringe degenerative Prozesse an den Kapselraum-Epithelien können nicht ausgeschlossen werden. Quellung der Kerne und Neigung zur Verklebung der beiden Lagen scheint nicht selten vorzuliegen, aber Desquamation und sichere Anhaltspunkte für die Annahme einer Proliferation fehlen in den jüngsten Fällen, während der stellenweise nachweisbare Reichtum an Endothelkernen und Leukocyten den allgemeinen Kernreichtum der Knäuel hinreichend erklärt. Doch ist eine parallel einsetzende Schädigung des Knäuelepithels von vornherein wahrscheinlich und für die veränderten Eigenschaften der Knäuelwand im ganzen kaum ohne Bedeutung.

Das Verdienst, die Mannigfaltigkeit der Zustände zu einem einheitlichen Bilde des Krankheitsablaufs zuerst verknüpft zu haben, gebührt Sörensen.

Reichels Darstellung stimmt in vielem mit dieser überein. Der von ihm an-

genommene gewaltsame Wiedereintritt des Blutes in einzelne Knäuel wird durch R.s Bilder bestätigt, doch schreibt jener dem Vorgange eine allgemeine und reparatorische Bedeutung zu, die ihm nach allem offenbar nicht beigemessen werden kann. Die intravaskuläre Fibrinbildung und Abschneidung in den Knäueln — welche wohl überhaupt einer exakteren Beschreibung bisher entbehrte — ist Sörensen entgangen und infolgedessen fehlt bei ihm die Darstellung des Ablaufes der Vorgänge nach dieser Richtung. Er beobachtete zwar gelbliche hyaline Massen in der Lichtung der Kanälchen — wie solche auch schon Friedländer und Litten erwähnen — hält sie aber für Derivate des Blutfarbstoffes und ist geneigt, ihnen eine ätiologische Rolle für die Veränderungen bei Scharlach überhaupt zuzuschreiben.

Endlich geht Sörensen in seinem Einigungsbestreben zu weit, wenn er auch versucht, alle Fälle von Nierenerkrankung bei Scharlach auf einen Typus zurückzuführen. Seine wenigen Fälle mit überwiegender Interstitialerkrankung reihen sich durch das Fehlen beträchtlicherer Körnerveränderungen ohne Schwierigkeit an das Bild der septisch-diphtheritischen Nephritis, wie es so häufig aufgestellt und auch von Reichel berührt wurde. Gelegentliche klinisch-symptomatische Ähnlichkeit darf nicht zu einer Vermischung anatomisch wohl unterscheidbarer Krankheitsbilder Anlafs geben.

Arthur Rahn-Berlin.

Über den therapeutischen Wert des Urotropins mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten, von Julius Conrath. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1904.) Schlufsfolgerungen: 1. Von der Steigerung der Diurese abgesehen, haben wir in den Versuchsfällen keine namhafte, auf Rechnung des Urotropins zu setzende Heilerfolge erzielt, gegenüber den in den Vorjahren ohne Urotropin nach den gewöhnlichen Vorschriften der Diätetik behandelten Fällen. 2. Über seinen Wert als Prophylaktikum gegen Scharlachnephritis müssen wir uns jedes Urteil vorbehalten. 3. Den bezüglichen Angaben halten wir streng entgegen, dafs nur der Charakter der jeweiligen Epidemie in der Häufigkeitsskala der Scharlachnephritis die ausschlaggebende Rolle spielt. *Frits Loeb-München.*

Die Behandlung des Scharlachs, von G. Rauzier-Montpellier. (*Arch. gén. de Med.* 1905. Nr. 49.) Klinischer Vortrag. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe, von Campe-Schmarsleben. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 52.) Bericht über die therapeutischen Resultate mit Scharlachserum bei ausgebrochenem Scharlach und als Prophylaktikum. Je eher man das Serum anwendet, um so besser für die Krankheit, ebenso hat es ohne Zweifel oft prophylaktischen Wert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über den Einfluſs des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welche im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurden, von Cnopf. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1905. Nr. 32.) Cn. hat 14 scharlachkranke Kinder mit Rotlicht behandelt und beobachtet, dafs die Temperatur in unkomplizierten Fällen in fast kritischer Weise vom vierten bis sechsten Tage zur Norm abfiel, also früher und viel rascher, als es sonst der Fall ist; nur durch Komplikationen irgendwelcher Art wurde die Defervescenz auch bei Rotlichtbehandlung verzögert. Die Hautröte ging unter der Einwirkung des roten Lichtes zurück, noch bevor der durch das Scharlachvirus bedingte Hautprozefs beendigt war; denn wenn die Kranken während der Fieberzeit oder in den ersten Tagen nach der Entfieberung dem Tageslicht ausgesetzt wurden, kam die Scharlachröte schon nach wenigen Minuten wieder. Erst wenn das nicht mehr der Fall war, wurden die Kinder aus dem roten Zimmer entlassen. — Aus seinen Beobachtungen zieht Cn. den Schlufs, dafs die Rotlichtbehandlung durch den mildernden Einfluſs, den sie auf das Initialstadium bei Scharlach ausübt, ein wichtiger Faktor in der Therapie dieser Krankheit ist. *Götz-München.*

In einem Moskauer Brief berichtet A. Hippels **über den Stand der Moser'schen Serotherapie des Scharlach in Rufsland.** Während aus den übrigen Ländern bisher nur spärliche Berichte vorliegen, haben bereits eine ganze Reihe russischer Autoren ihre Erfahrungen veröffentlicht. Im grofsen und ganzen bestätigen sie die Angaben von Moser und Escherich vollkommen. Fast von allen Seiten wird der überraschend gute Einfluſs des Serums auf den Allgemeinzustand der Kranken und auf den Verlauf des Scharlach und der Komplikationen hervorgehoben. Der hohe Preis steht der Verbreitung bisher noch entgegen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) *A. Loewald-Kolmar.*

Verschiedenes.

Der neunte Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft findet am 12. bis 14. September in Bern statt. Da der Kongrefs möglichst viel Demonstrationen und Diskussionen bringen soll, hat man von offiziellen Referatthemen abgesehen. Ein Vortrag von A. Neisser, „Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung", und einer von E. Hoffmann, „Von dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis", werden die wichtigsten zurzeit schwebenden Fragen der Syphilisforschung behandeln. Erkundigungen über die Organisation des Kongresses usw. werden von Professor Jadassohn in Bern bereitwilligst beantwortet werden.

Krankheit und Selbstmord. Beiträge zur Beurteilung ihres ursächlichen Zusammenhanges, von Kurt Ollendorff. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.) Eine sehr interessante Studie, deren Lektüre jedem Kollegen empfohlen werden kann. Von einschlägigem Interesse ist die Angabe, dafs sich bei Selbstmördern vielfach chronische Krankheiten fanden. Es ergaben:

Tuberkulose	20	Fälle	= 5,52%
Syphilis	12	„	= 3,31%
Krebs	4	„	= 1,10%
	36	Fälle	= 9,94%

Häufig sind auch Fälle von Selbstmord berichtet, in denen sich der Täter aus Furcht, sich syphilitisch infiziert zu haben, das Leben nahm, während er in Wirklichkeit ganz gesund war. Mit Recht brandmarkt Heller, dafs diese Krankheit, die Syphilidophobie, eine Folge der verwerflichen und äufserst schädlichen Kurpfuscher-Reklamelektüre und -Belehrung sei, der so viele junge Leute aus Unwissenheit oder Furcht zum Opfer fallen. *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 2. 15. Juli 1906.

Ergebnisse von Untersuchungen an Mastzellen der Haut.

Von

Dr. Schwenter-Trachsler,
Privatdozent für Dermatologie in Bern.

Unter Mastzellen versteht man im Bindegewebe und im Blut vorkommende Zellen, in deren Leibe sich Körnchen befinden, welche eine starke Affinität zu basischen Anilinfarben besitzen und sich bei Anwendung von violetten und roten basischen Anilinfarben in einer violett-roten oder gelblichen Farbe präsentieren, die von der Farbe des zur Darstellung verwendeten Farbstoffes abweicht (Metachromasie).

Nachdem schon Cohnheim, Karl Friedländer u. a. von Zellen berichtet hatten, die als identisch mit den Mastzellen anzusehen sind, wurden sie auch von Waldeyer beschrieben, der sie in die Gruppe seiner Plasmazellen einreihte. Er beschrieb sie als Zellen von embryonalem Charakter, protoplasmareich, vorkommend im Unterhautbindegewebe, in den serösen und fibrösen Häuten. Korybutt-Daskiewicz schilderte sie als Zellen von langgestreckter Form in den Nerven des Frosches und sah sie als in der Entwicklung begriffene Nervenfasern an. Ein sicheres Verfahren, die Mastzellen nachzuweisen, hat zuerst Ehrlich angegeben. Er wies nach, dafs diese granulierten Zellen des lockeren Bindegewebes ein auffälliges Verhalten gegenüber basischen Anilinfarben zeigen. Die Befunde Ehrlichs wurden von seinem Schüler Westphal noch des genaueren ausgearbeitet und damit war der Begriff der Mastzellen tinktoriell festgelegt gegenüber der früher weniger genau bestimmten Gruppe der „Plasmazellen" von Waldeyer, in welcher unter anderen Zellen auch Ehrlichs Mastzellen enthalten waren. Nachdem nun später Unna auch noch den Namen Plasmazellen für die von ihm entdeckten basophilen, nicht metachromatischen Zellen vorgeschlagen, zog Waldeyer seinen früheren, nicht mehr haltbaren Gruppennamen Plasmazellen zurück. So haben Ehrlichs Mastzellen mit den jetzigen Plasmazellen (Unnas) nichts mehr zu tun.

Zellen, die sich den basischen Anilinfarben gegenüber genau so verhalten wie die Mastzellen des Bindegewebes, kommen, wie eingangs

erwähnt, auch im Blute vor und sind daher auch als Mastzellen anzusehen. Es ist wiederum EHRLICH, der hierauf aufmerksam gemacht hat; die von ihm als γ-Gruppe bezeichnete Abteilung der Leukocyten entspricht den Mastzellen des Bindegewebes in ihrem Verhalten gegenüber basischen Anilinfarben. Es ist dies von WESTPHAL nach EHRLICHS Angaben direkt nachgewiesen worden durch einen Versuch; W. härtete ein noch mit Blut gefülltes Tritonherz in Alkohol und untersuchte dann Schnitte, Herzwand und gehärtetes Blut umfassend, auf Mastzellen. Es ergab sich, dafs die Mastzellen des Blutes sich den basischen Anilinfarben gegenüber genau gleich verhielten, wie die Mastzellen im Bindegewebe der Herzwandung. Dieser Versuch demonstriert also, dafs sowohl im Blute als im Bindegewebe Zellen vorkommen, deren Zelleib Mastzellenkörner enthält; es finden sich demgemäfs an beiden Orten Mastzellen. Immerhin macht MICHAELIS doch einen Unterschied zwischen Mastzellen des Blutes und des Bindegewebes; er sagt, schon die morphologische Vergleichung ergebe dies, indem die Mastzellen des Bindegewebes im allgemeinen einen viel mächtigeren Protoplasmaleib haben als die normalen Mastzellen des Blutes. Nach EHRLICH und nach WESTPHAL finden sich Mastzellen im Blute von Triton, Frosch, Schildkröte, Kaninchen und Kalb; beim Menschen dagegen fand EHRLICH nur im Blute Leukämischer solche Zellen; daselbst sind sie auch von SPILLING nachgewiesen worden. Auch NEUMANN ist der Meinung, dafs das normale, menschliche Blut keine Mastzellen enthält, während MICHAELIS und A. WOLFF darin ebenfalls solche annehmen.

Der Name Mastzellen rührt von EHRLICH her und ist ihnen seither verblieben. Sie wurden von E. so bezeichnet, weil sie sich nach seiner Ansicht besonders häufig da im Gewebe lokalisiert finden, wo eine übermäfsige Ansammlung von Gewebssaft Anlafs gibt zu einer Übernährung des Bindegewebes; er beruft sich dabei auf das häufige Vorkommen von Mastzellen an der Epithelgrenze im Corium, bei brauner Lungeninduration, in der direkten Umgebung von Neubildungen, wie Carcinome usw. Sie wären also nach EHRLICH ein Produkt der Mästung von Bindegewebszellen. Trotzdem diesen metachromatisch-basophilen, granulierten Zellen der Name Mastzellen geblieben ist, so ist die Begründung desselben seither nicht unbestritten geblieben. Nach BÄUMER dagegen existiert dieser Name mit vollem Recht. Er weist darauf hin, dafs Mastzellen in der Haut von Elephantiasis häufig sind, während sie in der senilen Haut fehlen. Durch ein Experiment an sich selbst glaubt B. nachgewiesen zu haben, dafs dieselben veränderte Bindegewebszellen sind, entstanden durch eine progressive Ernährungsstörung derselben. Er provozierte auf seiner Haut durch künstlichen Reiz eine Quaddel, erhielt dieselbe längere Zeit am Bestehen, exzidierte sie dann und untersuchte sie auf Mastzellen. Er konstatierte dabei, dafs die Adventitia der Gefäfse geschwunden war und dafs an deren

Stelle, neben anderen Zellen, sich Mastzellen befanden, sowie einkernige Zellen, um deren Kerne herum sich nur einzelne Mastzellenkörner befanden. Diese letzteren Zellen sieht B. als Mastzellen im Entstehen an. Die Zahl der Mastzellen in dem untersuchten Gewebsstück war eine vermehrte. Es hätte also hier das künstlich erzeugte Ödem zu einer progressiven Ernährungsstörung geführt mit der vermehrten Bildung von Mastzellen als Resultat.

Leider wird der Name Mastzellen doch nicht überall für die Ehrlichschen granulierten, basophilen Zellen angewendet. So beschreibt Ranvier unter dem Namen „Clasmatocyten" Zellen, die nur Mastzellen sein können. L. Schreiber und E. Neumann und später E. Schreiber allein haben nachgewiesen, dafs dem nicht anders sein kann. Die von Ranvier beschriebenen Körner seiner Clasmatocyten und die Form derselben entspricht dem, was Ehrlich für seine Mastzellen angab. Zur Darstellung seiner Zellen verwendete R. Methylviolett und erhielt dann violettrote Zellgebilde; also auch bei den Clasmatocyten zeigt sich Metachromasie, gleichwie es Ehrlich bei seinen Mastzellen für die violetten Anilinfarben angibt. Ranvier benutzte als Versuchsobjekt Präparate von Kaninchen und fixierte sie in 1%iger Osmiumsäure. L. Schreiber und E. Neumann wiederholten auf die gleiche Weise seine Versuche und verwendeten dann zur Darstellung der Zellen die von R. verwendete Farbe, sowie das von Ehrlich empfohlene Dahlia und auch das Unnasche polychrome Methylenblau; sie erhielten dabei übereinstimmend Bilder von Mastzellen. L. Schreiber spricht dann noch in einer besonderen Arbeit von der Einwirkung der Flemmingschen Lösung auf Präparate, an denen Studien auf Mastzellen gemacht werden. Er weist nach, dafs 1%ige wässerige Chromsäurelösung sowie 2%iger Eisessigzusatz die Mastzellenkörner nicht lösen, dagegen tut dies schon eine blofs $^1/_4$%ige Lösung von Osmiumsäure. Dem Einwirken von Osmiumsäure schreibt Schreiber das etwas verschwommene Aussehen der Mastzellen bei Ranvier zu. Ich persönlich habe ebenfalls feststellen können, dafs die Flemmingsche Lösung Mastzellenkörner auflöst; ich werde weiter unten davon reden. — Marchand, welcher Untersuchungen nach der Vorschrift von Ranvier anstellte, erhielt die gleichen verschwommenen Bilder und liefs die Identität von Clasmatocyten und Mastzellen unberücksichtigt. Auch K. C. Schneider hat den Namen „Clasmatocyten Ranviers" im Bindegewebe adoptiert, während er bei den Leukocyten „die Mastzellen" als eine besondere Unterabteilung abtrennt. Zum Schlusse sei noch Audry erwähnt, welcher von Mastzellen oder „isoplastischen Zellen" spricht. Es ist schade, dafs anscheinend in Zukunft verschiedene Namen die gleiche Zelle bedeuten sollen; denn die Studien über die Mastzellen sind noch nicht abgeschlossen und ihre physiologische Bedeutung ist noch nicht sicher

festgestellt. Es ist daher zu befürchten, dafs später Mifsverständnisse sich einstellen werden.

Wie eingangs erwähnt wurde, ist das Charakteristische für die Mastzelle, dafs ihr Zelleib basophile Körnchen, deren Gröfse variieren kann, enthält; die Zelle ist einkernig. Eine Teilung des Kernes ist noch nicht beobachtet worden; auch ich habe bei meinen vielen Untersuchungen an Mastzellen der Haut eine solche nicht beobachten können. Die Lagerung des Kernes ist eine verschiedene; er kann scheinbar ganz zentral liegen, kann sich aber auch an der Peripherie des Zelleibes befinden; das letztere ist sehr häufig der Fall; es ist also nicht ausgeschlossen, dafs er überhaupt an der Peripherie des Zelleibes liegt. Es wäre dann die vorkommende scheinbare zentrale Lagerung des Kernes dadurch zu erklären, dafs bei diesen Zellen die Kernseite nach oben gedreht ist. Es würde dies dann auch erklären, warum häufig der frei sich präsentierende Kern von der Mastzellenmasse blofs rundherum eingefafst zu sein scheint. Auch die Form der Mastzellen ist eine sehr verschiedene; für das Erkennen einer solchen als wirkliche Mastzelle ist dieselbe ohne Bedeutung, wie schon Ehrlich und Westphal angeben, die betonen, dafs das Wesen der Mastzelle einzig auf dem spezifischen Verhalten ihrer Körner gegenüber basischen Anilinfarben begründet sei. Es werden flache und kugelige, keulenförmige oder spindelförmige Mastzellen beschrieben, auch solche mit langen Protoplasmaausläufern, von welch letzteren einige Autoren angeben, dafs sie in die Ausläufer anderer Mastzellen übergehen können. Die letztere Art von Zellen mit langen, oft stark verzweigten Ausläufern habe ich im Corium der Haut des Alpensalamanderembryos beobachtet; die Ausläufer waren oft so lang, dafs sie bei Untersuchung mit Immersion sich quer durch das ganze Gesichtsfeld zogen. Im Corium der Haut des erwachsenen Alpensalamanders findet man ähnliche Zellen, nur sind sie kürzer und gedrungener. Ähnliche Zellen beschreibt Westphal in der Wandung des Tritonherzens. Die Gröfse der Mastzellen ist eine verschiedene; sie können relativ recht grofs sein und hinwiederum auch ziemlich klein. In der Regel sind bei einem und demselben Individuum die Mastzellen der Haut alle ziemlich gleich grofs, trotz verschiedener Form; eine Ausnahme machten die Mastzellen der von mir untersuchten Nasenhaut des Kaninchens; es fanden sich da sehr grofse, ganz kleine und alle möglichen Zwischenstufen dicht durcheinander gewürfelt. In der Rückenhaut von mehreren anderen untersuchten Kaninchen fand ich dagegen mehr mittelgrofse Mastzellen, untermischt mit einzelnen ganz grofsen Zellindividuen.

In der Nasenschleimhaut des Rinderembryos (acht Monate alt), des Kalbes und des Rindes sind die Mastzellen nicht sehr verschieden in bezug auf ihre Form. Sie sind meist rundlich oder oval; dies ist beim

JUN 10 1907

Embryo die Regel; dagegen finden sich in den Papillen des Kalbes und des Rindes, besonders gegen die Spitze zu, in die Länge gezogene, dünne Mastzellen; solche finden sich vereinzelt auch im Corium des Rindes.

Die Mastzellen der Gaumenschleimhaut des Hundes präsentieren sich ebenfalls rundlich oder oval; in den Papillen zeigen nur wenige Zellen eine längliche Form. Es sind auch die Papillen bei dem Hunde breit und ziemlich niedrig, während sie beim Kalb und Rind schmal und hoch sind.

Bei dem menschlichen Neugeborenen und bei dem erwachsenen Menschen sind die Mastzellen der Haut oval, eckig, hier und da rundlich, dann länglich und keulenförmig. Bei dem Neugeborenen finden sich mehr rundliche Zellen.

Mastzellen finden sich wahrscheinlich bei allen Wirbeltieren; die Angabe Westphals, das Kaninchen habe keine Mastzellen, hat sich nicht als stichhaltig erwiesen, wie auch ich konstatiert habe. In der von mir untersuchten Froschhaut und in der Haut eines Fisches (Ferra) konnte ich allerdings keine solche Zellen nachweisen, was ich aber durchaus nicht für genügend erachte zur Annahme, dafs sich bei diesen Tieren keine Mastzellen finden.

Was das Vorkommen der Mastzellen im Verlaufe der Entwicklung bei einem einzelnen Individuum anbelangt, so hat schon Ehrlich das Auftreten derselben in der späteren Fötalzeit angenommen, während Münchheimer beim menschlichen Säugling in dessen Hodenparenchym erst vom vierten Monate an Mastzellen konstatieren konnte. Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung der Nase eines vier Wochen alten Rinderfötus, glaube ich annehmen zu dürfen, dafs, wenigstens beim Rinde, schon in der ersten Zeit des Fötallebens Mastzellen vorhanden sein können. In allen Präparaten fand sich nämlich, angrenzend an das Epithel des harten Gaumens, ein ziemlich breiter, diffus rötlich gefärbter Fleck, und zwar in einer Nuance von Rot, wie sie den Mastzellen eigentümlich ist; kleine isolierte, rötliche Flecken, die zu beobachten waren, stellten vielleicht einzelne Mastzellen dar, deren Körner sich aufgelöst hatten. Für mich hat die Annahme, dafs es sich hier um Mastzellen handelt, vieles für sich; da es mir gelang nachzuweisen, dafs sich die Mastzellenkörner in den Mastzellen des acht Monate alten Rinderembryos leichter auflösen als diejenigen des Kalbes und letztere wieder leichter, als diejenigen des Rindes. Es fehlt uns also gegenwärtig wahrscheinlich nur eine richtige Methode, um die Mastzellen der ersten Fötalzeit mit erhaltenen Körnern zur Darstellung zu bringen.

Viele Forscher machen auf Mastzellenkörner, einzeln und in Gruppen, aufmerksam, die sich aufserhalb von Mastzellen frei im Gewebe befinden. Solche Körner habe auch ich bei allen meinen Mastzellen haltenden Ver-

suchsobjekten gefunden; sie hatten genau die gleiche Farbe, wie die Körner in den Mastzellen. Die Körner waren vereinzelt und in Gruppen aufserhalb des Bereiches der Mastzellen zu sehen; es fanden sich auch freie Körner am Rande von Mastzellen, einzeln und in gröfserer Zahl; in der Rachenschleimhaut des Hundes bildeten sie hier und da geradezu einen Kranz um die Zelle.

In normalen und pathologischen Geweben sind die Mastzellen häufig beobachtet worden; so beschrieb UNNA zuerst ein geschwulstartiges Vorkommen derselben bei Urticaria pigmentosa, welches für diese Krankheit pathognomisch ist. AUDRY und auch JADASSOHN berichten über Mastzellen in verschiedenen normalen und pathologischen Geweben. AUDRY hat etwa 50 Fragmente verschiedener pathologischer Gewebsparthien untersucht und nur in 20 derselben keine Mastzellen gefunden. UNNA fand Mastzellen in den Miliariabläschen, woselbst sie auch MICHAELIS konstatiert hat; letzterer sah dieselben auch in den Bläschen von Erythema exsudativum multiforme. A. WOLFF wies mit der Tinktionsmethode von NAKANISHI Mastzellen im pleuritischen Exsudate nach.

Nach NEUMANN u. a. kommen Mastzellen in der Haut des ganzen Körpers vor; wie RABL angibt, sind sie daselbst am reichlichten im Papillarkörper und im Unterhautzellgewebe, während sie im Corium weniger häufig sind. Meine Untersuchungen stimmen hiermit so ziemlich überein; immerhin sah ich in einzelnen Präparaten, so in der Nasenschleimhaut des Hundes und auch in der Haut des neugeborenen Menschen, die Mastzellen gleichmäfsig in der ganzen Haut verteilt. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs die Verteilung der Mastzellen in der Haut durch die Dichtigkeit der Gewebe bestimmt wird und dafs sie in einer Haut mit durchwegs lockerem Gewebe auch gleichmäfsig sich verteilen. In der äufseren Wurzelscheide findet man häufig Mastzellen in grofser Zahl, so in der Nasenhaut des Kaninchens; in den Knäueldrüsen der Haut kommen sie auch vor, sowie in der Wandung ihrer Ausführungsgänge. In den Drüsen lagern sie meist in den bindegewebigen Septis; einzelne aber liegen im eigentlichen Drüsengewebe. Wie UNNA zuerst zeigte, wandern die Mastzellen auch in das Epithel ein (Carcinom, Urticaria pigmentosa, Miliariabläschen). Nach JADASSOHN gehen die Mastzellen im Epithel nicht über die Stachelschicht hinaus. Ausgenommen bei dem Alpensalamander und seinem Embryo habe auch ich überall im Epithel Mastzellen nachweisen können; sie waren stets einzeln und befanden sich in den tieferen Schichten desselben. Eine Ausnahme hiervon machte mein Befund bei dem Epithel des acht Monate alten Rinderembryos; es fanden sich daselbst im Epithel Mastzellen bis an die äufserste Grenze desselben. Wenn also, wie angenommen wird, die Mastzellen die Fähigkeit haben zu wandern, so können sie zu einer bestimmten Zeit des Fötallebens durch die Haut durchwandern.

Die Zahl der in der Haut, als Ganzes genommen, befindlichen Mastzellen ist eine grofse. Einzig beim Alpensalamander und seinem Embryo fand ich nur wenige und diese meist in kleinen Gruppen; sonst sind sie sehr reichlich vorhanden. Bei Präparaten von der Rachenschleimhaut des Hundes ist das Gesichtsfeld des Mikroskopes bei geringer Vergrößerung (Leitz O_3, L_3) geradezu dicht übersäet mit Mastzellen. Bei meinen anderen Versuchsobjekten sind sie nicht ganz so dicht bei einander, aber immerhin sehr zahlreich.

Bezüglich der Herkunft der Mastzellen wurde schon bei der Erklärung des Namens „Mastzellen" darauf hingewiesen, dafs Ehrlich, Westphal und in letzter Zeit auch Bäumer die Mastzellen des festen Gewebes als veränderte Bindegewebszellen ansehen und dafs sie die Veranlassung hierzu in einer Übernährung dieses Gewebes suchen. Dafs sich wirklich Bindegewebszellen in Mastzellen verwandeln können, hat Unna zuerst nachgewiesen und zwar an syphilitischen Papeln im Abheilungsstadium. Er fand da spindelförmige und ellipsoide Zellen, die nur auf einer Seite metachromatische, rote Körnung aufwiesen, also gleichsam wie halbe Mastzellen aussahen. In anderen Bindegewebszellen von gewöhnlichem Habitus fand er sogar nur vereinzelte solche Körner. Diese nur teilweise Mastzellenkörnung aufweisenden Zellen unterscheiden sich im übrigen in nichts von gewöhnlichen Bindegewebszellen. Nach der Annahme von Audry können sämtliche Zellen, welche an der Zusammensetzung des normalen und pathologischen Bindegewebes beteiligt sind, zu Mastzellen werden, also fixe Bindegewebszellen, grofse mononukleäre Lymphocyten, Wanderzellen, Plasmazellen usw. Marchand ist der Meinung, dafs die Mastzellen des Bindegewebes sich beim Embryo aus Zellen entwickeln, welche aus der ursprünglichen Blut- und Gefäfsanlage hervorgegangen sind. Ranvier dagegen sieht seine „Clasmatocytes" an als aus den Blutgefäfsen ins Bindegewebe eingewanderte, dort sefshaft gewordene und durch Wachstum stark vergrößerte Leukocyten. Rabl hinwiederum hält die Mastzellen des Bindegewebes für eine bestimmte Zellart desselben. Nach der Ansicht von Pappenheim ist das Bindegewebe die Bildungsstätte der Mastzellen; daneben hat er in Blutpräparaten und in Schnittpräparaten von Granulationsgewebe beobachtet, dafs grofse, lymphocytoide Plasmazellen sich in Mastzellen verwandeln können. Er konstatierte auch Mastzellen in lymphoiden Organen, z. B. in der Milz von niederen Vertebraten. Westphal fand ebenfalls in der Milz von Frosch und Triton häufige Mastzellen, desgleichen Ehrlich im Knochenmark. Es ist daher für die Mastzellen des Blutes als wahrscheinlich anzunehmen, dafs sie aus diesen Organen herstammen. Nach Schridde kommt hauptsächlich das Knochenmark in Betracht, aus welchem sie durch die Wand der Kapillaren in das Blut einwandern.

Über das Wesen und die physiologische Bedeutung der Mastzellen herrscht noch keine Übereinstimmung. WESTPHAL spricht ihnen jede physiologische Bedeutung ab. RAUDNITZ weist darauf hin, dafs sich die Granula der Mastzellen in gleicher Weise wie Mucin metachromatisch färben und sieht daher die Mastzellen als mucinös degenerierte Zellen an. Aus dem gleichen Grunde hält auch HOYER die Identität von Mucin und Mastzellenkörnern für möglich; der gleichen Meinung ist auch PAPPENHEIM, der diese beiden Substanzen als einander nahestehende ansieht. RANVIER dagegen ist der Ansicht, dafs bei Entzündung von den Clasmatocyten die Produktion von Eiterzellen ausgehe. Auch nach METSCHNIKOFF haben die Mastzellen eine Funktion bei der Entzündung; sie sollen sich bei der Beseitigung der Entzündungsprodukte mitbeteiligen. Eine andere Rolle schreibt ihnen K. C. SCHNEIDER in seinem Lehrbuche der vergleichenden Histologie zu; er rechnet die Clasmatocyten des Bindegewebes zu den „Speicherzellen", indem er mit RANVIER annimmt, dafs dielben für die Ernährung der Gewebe von Wichtigkeit sind; auch von den Mastzellen des Blutes nimmt SCHNEIDER an, dafs sie Reservestoffe aufspeichern. Gestützt auf seine Experimente an der Ratte glaubt FAHR annehmen zu dürfen, dafs den Mastzellen gegenüber Bakterien und Toxinen ähnliche Eigenschaften zukommen wie den anderen Leukocyten. Eine aktive Rolle derselben gegenüber eindringenden Mikroben oder deren Toxine konnte er allerdings nicht nachweisen. F. benutzte den Umstand, dafs sich in der Peritonealflüssigkeit der Ratte normalerweise reichliche Mastzellen befinden. Brachte er nun für die Ratte pathogene Bakterien oder Toxine in die Bauchhöhle derselben, so verschwanden die Mastzellen aus der Peritonealflüssigkeit; wurden dagegen für die Ratte unschädliche Bakterien und Toxine daselbst einverleibt, so blieben die Mastzellen; d. h. man konnte sie, wie normalerweise, nachweisen. F. nimmt dabei an, dafs die Mastzellen den pathogenen Stoffen einfach aus dem Wege gehen; er konnte nämlich feststellen, dafs, wenn pathogene Mikroben und Toxine in die Bauchhöhle gebracht wurden, die Zahl der Mastzellen im Gewebe des Netzes und des Mesenteriums eine vermehrte war. Nach STAFFEL betätigen sich die Mastzellen auf einem anderen Gebiete; er bringt sie nämlich in Beziehung zur Genese des melanotischen Pigmentes. Er stützt sich hierbei auf seine Beobachtungen bei Xeroderma pigmentosum und Acanthosis nigricans; bei diesen beiden Dermatosen hat er die Umwandlung der Mastzellenkörner in Pigmentkörnchen konstatieren können. Durch den Übergang von Mastzellen in Pigmentzellen erklärt er die intensive Pigmentbildung bei Xeroderma pigmentosum und bei Urticaria pigmentosa.

Zur Darstellung der Mastzellenkörner werden seit den Arbeiten von EHRLICH und WESTPHAL basische Anilinfarben verwendet. Diese Autoren

empfehlen besonders Dahlia, kombiniert mit Eisessig, um das übrige Gewebe weniger hervortreten zu lassen. JADASSOHN empfiehlt Safranin. Wie K. C. SCHNEIDER angibt, verwendet FISCHEL das Nilblausulfat, um Mastzellen nachzuweisen. VAN DEN SPECK und UNNA haben das alkalische Methylenblau (Methylenblau 1,0 Kal. caust. 0,05 Aq. dest. ad 100,0) eingeführt und zwar hat UNNA dargetan, dafs die Beeinflussung des Methylenblaus durch Alkalien notwendig ist, um demselben die Fähigkeit zu geben, die Mastzellenkörner metachromatisch zu färben. Nach U. ist es das Methylenrot, welches diese Rotfärbung bewirkt. Später liefs dann UNNA nach obiger Formel seine polychrome Methylenblaulösung von GRÜBLER-Leipzig darstellen und verwendete dieselbe zur Mastzellenfärbung. Die Körner dieser Zellen präsentieren sich dabei dunkelkirschrot, der Kern blafsblau. Diese metachromatische Körnerfärbung soll nach MICHAELIS durch Methylenazur hervorgebracht werden, während PAPPENHEIM an die Karbinolbase und an das Methylenviolett denkt. Die UNNAsche polychrome Methylenblaulösung ist seither auch von L. SCHREIBER und E. NEUMANN empfohlen worden. Zur Entfärbung der Präparate empfahl UNNA seine Glycerinäthermischung oder eine viertelprozentige, nicht angesäuerte, spirituöse Lösung von Orcein. Später hat UNNA seine Methode noch weiter ausgearbeitet; dem Schälchen mit wässeriger, polychromer Methylenblaulösung wird eine kleine Messerspitze voll Alaun zugesetzt; so färbt sich dann das übrige Gewebe nur blafsblau, während die violett-roten Mastzellen deutlich hervortreten. Diese Methode hat allgemeinen Anklang gefunden und wird gegenwärtig wohl am häufigsten angewendet; dieselbe ist auch von mir in der zuletzt angegebenen Modifizierung (pol. Methylenblaulösung—Alaun—Aq. dest.) bei meinen Untersuchungen an Mastzellen der Haut angewendet worden. Im Verlaufe meiner Arbeit machte sich jedoch die Notwendigkeit fühlbar, über eine Methode zu verfügen, welche eine Schädigung der Mastzellenkörner während ihrer Sichtbarmachung ausschliefst; es mufste jede noch so geringe Auflösung der Mastzellenkörner während ihrer tinktoriellen Darstellung unmöglich gemacht worden. Ich benutzte daher den Umstand, dafs Mastzellenkörner sich in Alkohol nicht lösen und verwendete statt des Wassers 75—95 % Alkohol mit pol. Meth.-Blaulösung und Alaun. Die Eigenschaft des Alkohols, Mastzellenkörner nicht aufzulösen, haben MICHAELIS (gesättigte Lösung von Thionin in 50 % Alkohol) und A. WOLFF (alkoholische Methylenblaulösung) zur Darstellung von Mastzellen mit sehr leicht löslichen Körnern benutzt. Bei meinen Versuchen kam es jedoch darauf an, den Grad der Resistenz beliebig leicht und schwer löslicher Mastzellenkörner gegenüber Substanzen, die solche Körner auflösen oder chemisch verändern, in zuverläfslicher und deutlicher Weise dem Auge sichtbar zu machen. Durch die Verwendung von Alkohol

vermied ich sicher eine Schädigung der Mastzellenkörner, welche durch die Farblösung, einer alkalischen Salzlösung (pol. Methylenblaulösung und Alaun in Wasser), möglicherweise hervorgerufen werden konnte und war imstande, diese Körner gerade in demjenigen Agregatzustande, in welchem sie sich im Momente vor dem Einlegen in die Farblösung befanden, tinktoriell zur Anschauung zu bringen. Bei diesem Verfahren sind die Mastzellenkörner mehr blauviolett, aber immerhin metachromatisch gefärbt. Da es sich herausstellte, dafs diese Darstellung der Mastzellen in pol. Methylenblaulösung—Alaun—Alkohol (75—95 %) dieselben oft nur schwach gefärbt dem Auge sichtbar machte, so erweiterte ich mein Verfahren dahin, dafs ich die Schnitte nach ihrem Aufenthalte in der erwähnten Lösung in Alkohol abspülte, hierauf in eine Lösung von pol. Methylenblaulösung und Alkohol (75—95 %) — also ohne Alaun — brachte und dann nach den allgemeinen Regeln weiter behandelte. Auf diese Weise erreiche ich regelmäfsig mein Ziel und erhalte zuverlässige Resultate. Bei der ersten und der zweiten Behandlung kommen auf ein Schälchen mit Alkohol etwa zwei Tropfen pol. Methylenblaulösung. Vorgegangen wird in folgender Weise:

Polychrome Methylenblaulösung—Alaun—Alkohol (75—95 %) 15 Minuten, abspülen in Alkohol gleicher Konzentration, dann

Polychrome Methylenblaulösung—Alkohol (75—95 %) 15 Minuten, abspülen in Alkohol, sorgfältig entwässern in absolutem Alkohol, dann Ol. Bergamott., Canada-Balsam.

Es ist darauf zu sehen, dafs die verwendete polychrome Methylenblaulösung beim Schütteln einen starken Stich ins Rotviolette zeigt; auch müssen die Schnitte überfärbt werden. Sollte die Aufhellung des Schnittes zu wünschen übrig lassen, so kommt der Schnitt aus dem Bergamottöl zurück in Alcoh. absol., von da wieder in Ol. Bergamott. und dann noch einmal in Alcoh. absol.; so wird abwechselnd fortgefahren, bis er genügend aufgehellt ist. Die Konzentration des Alkohols hängt ab von dem Grade der Resistenz der Mastzellenkörner gegenüber den auflösenden Substanzen; für die Haut des Menschen, deren Mastzellenkörner zu den widerstandsfähigsten gehören, genügt 75 % Alkohol, während ich bei den leicht zerfliefsenden Mastzellen der Rindernasenschleimhaut schliefslich zu 95 % Alkohol greifen mufste, um zuverlässige Bilder zu bekommen.

Wie ich schon bei der Erwähnung der metachromatischen Flecke in Präparaten der vier Wochen alten Rinderembryonase anführte, sind die Mastzellenkörner löslich. Es ist höchst wahrscheinlich, dafs sich das schon im lebenden Organismus vollzieht und nicht nur im chemisch beeinflufsten Präparat. In der Haut des Menschen, in der Nasenschleimhaut vom Kalbe, vom Rinde und vom Hunde, auch in der Nasenhaut des Kaninchens habe ich nämlich häufig Gewebspartien gefunden, die in diffuser Verteilung

violett-rote Gebiete in einem Farbentone zeigten, der genau dem der Mastzellen dieses Gewebes entsprach. Bei genauem Zusehen konnte ich dann regelmäfsig im Bereiche dieser metachromatisch tingierten Bezirke Mastzellen finden, die ein ganz verschwommenes Aussehen zeigten und keine Körner mehr wahrnehmen liefsen. Bei der von mir untersuchten Rindernasenschleimhaut konnte ich dieses Vorkommnis fast an jedem Präparate feststellen, Diese Kombination von diffus metachromatisch imbibierten Gewebspartien mit verschwommenen Mastzellen findet notgedrungen ihre Erklärung darin, dafs die Substanz der sich auflösenden Mastzellenkörner sich zum Teil in das umgebende Gewebe diffus imbibiert hat. In der Nasenhaut des Kaninchens, in der Nasenschleimhaut des Hundes und des Rindes zeigten sich mir auch Mastzellen, die von einem der Farbe der Zellen entsprechenden violett-roten Hofe umgeben waren. Solche Mastzellen liefsen Körner erkennen; es waren aber die Konturen dieser Körner weniger präzise als solche von benachbarten Mastzellen ohne einen derartigen Hof. Es hatte also hier eine beginnende Auflösung der Körner das nächstgelegene Gewebe imbibiert. Dafs es sich hier um eine Gewebsimbibition in vivo handelt, glaube ich annehmen zu dürfen. Die untersuchten Gewebsstücke kamen gleich nach dem Ableben des betreffenden Individuums zur Fixierung in konzentrierten Alkohol, wurden in Paraffin eingebettet, geschnitten, mit Xylol behandelt und dann nach der oben angegebenen Alkoholmethode gefärbt. Es ist also nicht leicht denkbar, dafs sich nach dem Tode im Gewebe hätten Mastzellenkörner lösen können.

Bei seinen Untersuchungen am Neurofibrome hat Unna schon früher Mastzellen mit Höfen beschrieben und Pappenheim hat im Gewebe der Darmschleimhaut diffuse, metachromatische Verfärbung gesehen. Ehrlich nimmt an, dafs eine Auslaugung der Mastzellenkörner in vivo vorkomme. Es will mir scheinen, als ob die Auflösung der Mastzellenkörner im lebenden Organismus ein regelmäfsig sich abwickelnder Prozefs sei. Nachdem ich die Untersuchungen über das Spongioplasma der Mastzellen abgeschlossen hatte (s. weiter unten) und meinem Auge die Konstruktion desselben ein bekannter Anblick geworden war, sah ich häufig in meinen Hautpräparaten gitter- oder schwammförmige, lockere Zellgebilde, schwach bläulich, wie die umliegenden Bindegewebszellen gefärbt, die in ihrem Aufbau grofse Ähnlichkeit mit dem von mir in blauvioletter bis violettroter Farbe zur Anschauung gebrachten Spongioplasma der Mastzellen hatten. Es wären dies alsdann Mastzellengerüste, die keine Spur mehr von tingiblem Mastzellenkörnersaft enthalten und sich wie gewöhnliche Bindegewebszellen färben.

Die Mastzellenkörner können aber auch im Präparate künstlich gelöst werden. Auch hier kann der Mastzellenkörnersaft das Gewebe imbibieren, wie es Unna am Rhinophyma nachgewiesen hat. Dafs alkalische Lösungen

diese Körner auflösen, ist bekannt; auch MICHAELIS hat darauf hingewiesen. Die Löslichkeit der Mastzellengranula in Salzlösungen dagegen hat UNNA zuerst dargetan. Bei meinen Versuchen, deren Resultat festlegte, dafs Mastzellengranula der Haut von verschiedenen Wirbeltieren und bei verschiedenen Altersstufen der gleichen Spezies sich in der nämlichen Salzlösung verschieden schnell auflösen, konnte ich zugleich nachweisen, dafs neben Salzlösungen auch der Sauerstoff auf die Mastzellenkörner differenzierend einwirkt.

In seiner Arbeit über das amorphkörnige Granoplasma hat UNNA festgestellt, dafs zur Auflösung gebrachtes Granoplasma zum Teil aus der Zelle herausfliefst, dafs aber ein anderer Teil zurückbleibt und sich in das Spongioplasma der Zelle imbibiert. Während ich über die Resistenz der Mastzellenkörner gegenüber der Einwirkung von verschiedenen Mastzellenkörner lösenden Körpern Untersuchungen anstellte, (s. weiter unten), habe ich eine ähnliche Erscheinung bei den Mastzellen feststellen können. Werden Mastzellenkörner derartig beeinflufst, dafs sie sich gänzlich auflösen, so bleibt in einem gewissen Stadium nur noch ein Teil dieser gelösten Substanz metachromatisch färbbar in der Zelle zurück und durchtränkt das Zellgerüst (Spongioplasma nach UNNA, Linoma nach K. C. SCHNEIDER). Wird alsdann ein derartig vorbehandelter Schnitt nach der oben angegebenen Alkoholmethode auf Mastzellen gefärbt, so findet man Zellen, die nur mehr aus dem Zellgerüste bestehen und mit dem metachromatisch blauviolett bis rotviolett sich färbendem Körnersafte imbibiert sind. So gelingt es, das Spongioplasma der Mastzellen in der metachromatischen Mastzellenkörnerfarbe zur Anschauung zu bringen. Dauert der Prozefs der Einwirkung auf die Mastzellen noch länger, dann kommt ein Zeitpunkt, von welchem an die Mastzellenkörnermasse nicht mehr metachromatisch darstellbar ist und man sieht blofs die schwach blau gefärbten Bindegewebszellen und Kerne. Wie bereits bei der Körnerauflösung in vivo darauf hingewiesen worden ist, kann ein geübtes Auge darunter noch einzelne Zellen herausfinden, die wahrscheinlich vorher Mastzellenkörner enthielten, aber sie unterscheiden sich doch nicht derart prägnant von den übrigen Zellen des Bindegewebes, dafs man sie ganz sicher als Stützgerüst der Mastzellen proklamieren könnte. Wird also in der oben angegebenen Weise das Zellgerüst, metachromatisch gefärbt, dargestellt, so kann man feststellen, dafs die Grenzschicht des Spongioplasmas nach aufsen eine gewisse Dicke hat; solche körnerlose Mastzellen zeigen nämlich einen deutlich wahrnehmbaren Randstreifen. Wie es sich erwarten läfst, hat die Oberfläche des Spongioplasmas wegen der eingebetteten, kugelförmigen Mastzellenkörner ein höckeriges Aussehen; deutlich ist dies zu konstatieren an dem Zellgerüste von Mastzellen der Kaninchennase und der Hundenasenschleimhaut. Die Oberfläche sieht hier aus, als ob sie

aus aneinandergereihten, halbkugeligen Hervorragungen bestände. Bei anderen Mastzellen, z. B. bei denen der Menschenhaut, der Kälber- und Rindernasenschleimhaut, läfst sich der höckerige Charakter der Spongioplasmaoberfläche nur vermuten; sie sieht aus, wie von einem feinen Netzwerk durchzogen. Die Zellgerüstoberfläche ist meist, wie man aus der Beschaffenheit des Zellrandes entnehmen kann, unversehrt; es ist also anzunehmen, dafs der Mastzellenkörnersaft, wenn die Auflösung der Körner nicht allzurasch durchgeführt wird, aus dem Zellgerüst ausfliefst, ohne dasselbe zu beschädigen. Wenn aber die Auflösung der Körner in allzu kurzer Zeit vor sich geht, dann wird wohl in den meisten Fällen das Spongioplasma leiden und Risse bekommen, wenigstens habe ich körnerlose Mastzellen konstatieren können, bei welchen ein Teil der Peripherie zackig und ohne Randstreifen war, während die übrige Peripherie einen unversehrten Randstreifen zeigte. Eine auf ähnliche Weise zustande gekommene Schädigung des Spongioplasmas hat Unna bei Granoplasma haltenden Zellen beschrieben. Wie die Körner im Innern des Mastzellengerüstes gelagert sind, läfst sich nicht sicher sagen. Immerhin liegt es nahe, anzunehmen, dafs die Mastzellenkörner in Zellen, die eine verhältnismäfsig geringe Anzahl solcher Körner enthalten, wie z. B. bei Mastzellen der Rückenhaut des Kaninchens, in das Zellgerüst eingebettet und von demselben rings umgeben sind; hiervon ausgehend, könnte man dann vielleicht eine solche Spongioplasmaeinhüllung auch für Mastzellenkörner voraussetzen, die in der Zelle dicht aneinandergedrängt liegen (solche mit Mastzellenkörnern geradezu ausgestopfte Zellen fand ich in der von mir untersuchten Kaninchennasenhaut).

Mastzellenkörner gleicher Provenienz werden von den verschiedenen Salzlösungen verschieden schnell aufgelöst; die Lösungen vernichten dabei bei längerer Einwirkung immer mehr die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörnersubstanz, bis sie schliefslich gar nicht mehr auf diese Weise nachweisbar ist. Salze, welche bei ihrer Auflösung in Wasser zugleich Sauerstoff freigeben und zu chemischer Wirkung gelangen lassen, haben nun die Eigentümlichkeit, dafs sie die Tinktionsfähigkeit der sich lösenden Mastzellenkörner schneller vernichten, als Salze von annähernd gleicher chemischer Konstitution, aber ohne Sauerstoffgehalt; es ist also nicht anders denkbar, als dafs hier der Sauerstoff mitbeteiligt ist. Die nachfolgenden Versuche an verschiedenen Hautpräparaten geben hiervon ein Bild. Als körnerlösende und die Tinktionsfähigkeit herabsetzende Substanzen verwendete ich eine Auswahl aus den chemischen Agentien, welche ich in einer früheren Arbeit zur Depigmentation von braunen und schwarzen Haaren gebrauchte. Vorausgeschickt mufs werden, dafs jeweilen Schnittpaare (aufeinander folgende Schnitte) verwendet wurden (Schnitt *a* und Schnitt *b*).

Versuch 1. Kaninchennasenhaut.

a. 120 Sekunden in 1%iger Lösung von Ammon. sulfuric. in Aq. dest.

Reichliche, abgeblafste, und etwas verschwommene Mastzellen; keine deutlichen Granula. Einzelne Mastzellen zeigen in der Mitte um den Kern noch eine kompakte Granulaanhäufung, während die Zellperipherie nur mehr aus Zellgerüst besteht; bei diesen Zellen ist also die Mastzellenkörneranhäufung durch die Salzlösung von aufsen her arrodiert worden.

b. 120 Sekunden in 1%iger Lösung von Ammon. persulfuric. in Aq. dest.

Mastzellen bis auf schwache Reste ausgelöscht; man sieht Zellgerüste mit blaurötlichem Grenzkonturstreifen, im Innern der Zelle Andeutungen blaurötlicher, halbkugeliger Erhebungen von Spongioplasma.

Versuch 2. Erwachsener Mensch, Rückenhaut.

a. 60 Sekunden in 5%iger Lösung von Ammon. sulfur.

Körner der Mastzellen verschwommen; blaurötliche Randstreifen von Spongioplasma, Raum zwischen diesem und dem Kerne rötlich gefärbt, derin an einzelnen Stellen Reste von Granulis, an anderen rötliches Netzwerk.

b. 60 Sekunden in 5%iger Lösung von Ammon. persulfur.

Nur wenige, ganz blasse Mastzellen, ohne Granula; Andeutungen von Zellstützgerüst, wie bei *a*, aber viel blasser gefärbt.

Versuch 3. Kalb, Nasenschleimhaut. (Nur ein Schnitt.)

10 Sekunden in 1/5%iger Lösung von Na_2O_2.

Diffuse Gewebsimbibition mit gelöster Granulasubstanz; die Körner sind ganz aufgelöst; das Areal des Zellleibes schwach rötlich gefärbt durch Körnersaft; Zellkonturen scharf, linien- und streifenförmig, aus rötlich gefärbtem Spongioplasma bestehend; zwischen denselben und dem Kern hier und da ein feines, rötliches Netz. In der nächsten Umgebung der Zellen häufig mit Mastzellenkörnersaft imbibierte Bindegewebsbündel (Kollagenbündel).

Versuch 4. Erwachsener Mensch, Rückenhaut. (Ein Schnitt.)

60 Sekunden in 1/5%iger Lösung von Na_2O_2.

Mastzellenkörner aufgelöst; diffuse, ganz schwach rötliche Färbung des Zellleibareals, eingegrenzt von einer schwachen Spongioplasmagrenzlinie. Spurweise, metachromatische Imbibition längs der Epithelgrenze.

Versuch 5. Kalb, Nasenschleimhaut.

a. 60 Sekunden in 1/4%iger Lösung von Natr. sulfur.

Mastzellen schwach sichtbar, Körner aufgelöst; Zellleibareal diffus blafsrötlich; blafsrötlicher Spongioplasmazellrand.

b. 60 Sekunden in 1/4 %iger Lösung von Natr. persulfuric.

Mastzellen noch blasser, ähnlich wie bei *a.*

Versuch 6. Erwachsener Mensch, Rückenhaut.

a. 60 Sekunden in 5 %iger Lösung von Natr. sulfuric.

Mastzellen ziemlich zahlreich, ziemlich deutlich rotgefärbt; Körner etwas verschwommen; in einzelnen Fällen sind sie ganz aufgelöst; hier zeigt sich ein deutlicher Spongioplasmarand und Gitterwerk im Zellleibareal.

b. 60 Sekunden in 5 %iger Lösung von Natr. persulfuric.

Mastzellen stark vermindert und blafsrot, Körnung ziemlich verschwommen; an einzelnen Zellen ohne Körner ist das ganz blafsrote Zellgerüst zu sehen; das Zellareal erscheint wie fein granuliert.

Versuch 7. Hund, Rachenschleimhaut.

a. 30 Sekunden in 1/2 %iger Lösung von Kal. sulfuric.

Mastzellen wenig vermindert, von dunkelroter Färbung, Körnung meist erhalten, wenn auch etwas verschwommen, nur hier und da eine Zelle, welche blofs das dunkelviolette Gitterwerk des Stützgerüstes zeigt.

b. 30 Sekunden in 1/2 %iger Lösung von Kal. persulfuric.

Mastzellen merkbar vermindert, von dunkelroter bis blafs hellroter Färbung; Körner verschwommen, vielfach aufgelöst. Einzelne Zellen zeigen allein noch den Kern und das dunkelviolette Gitterwerk des Spongioplasmas.

Versuch 8. Erwachsener Mensch, Rückenhaut.

a. 60 Sekunden in 1,5 %iger Lösung von Kal. sulfuric.

Mastzellen vermindert, hellrot, in einzelnen Zellen sind die Körner aufgelöst, öfters aber erhalten, wenn auch etwas verschwommen. Körnerlose Mastzellen zeigen meist den Kern, ein feines, blauviolettes Gitterwerk von Zellgerüst und einen deutlicheren Rand. Dieser Rand sieht hier und da wie geknotet aus; es könnte dies herrühren von aneinandergereihten Ausbuchtungen, welche durch nun aufgelöste Mastzellengranula hervorgerufen worden waren.

b. 60 Sekunden in 1,5 %iger Lösung von Kal. persulfuric.

Ähnlich wie *a*, nur etwas schwächer und noch heller rot.

Versuch 9. Hund, Rachenschleimhaut.

a. 30 Sekunden in 1/2 %iger Lösung von Kal. carbonic.

Mastzellen recht zahlreich; ziemlich dunkelrot; Körner etwas verschwommen, aber meist erhalten; einzelne Zellen sind körnerlos, blafs,

schattenartig; sie zeigen einen schwachgefärbten Kern und ein wie aus kleinen, halbkugeligen Wabeneinheiten zusammengesetztes Spongioplasma um denselben herum.

b. 30 Sekunden in $^1/_2$ %iger Lösung von Kal. percarbonic.

Mastzellen zahlreich; Körner ziemlich aufgelöst, eine starke Imbibierung des Zellgerüstes hinterlassend; die sub a) beschriebenen schattenartigen Zellen kommen hier in gröfserer Anzahl vor.

Versuch 10. Erwachsener Mensch, Rückenhaut.

a. 40 Sekunden in 1 %iger Lösung von Kal. carbonic.

Mastzellen zahlreich, von dunkelroter Farbe; Granula etwas verschwommen, aber meist vorhanden. Vereinzelte Zellen mit Kern und feinem, rötlich-violettem Spongioplasmagitterwerk.

b. 40 Sekunden in 1 %iger Lösung von Kal. percarbonic.

Mastzellen vermindert, hellrot; Körner aufgelöst. Blofse Spongioplasmazellen mit Kern häufiger als bei a.

Versuch 11. Kaninchenhaut (von der Nase).

a. 40 Sekunden in physiolog. Kochsalzlösung.

Mastzellen vorhanden bis in das Unterhautbindegewebe hinunter, sie sind meist dunkelrot; viele haben einen Imbibitionshof, aus welchem sich imbibierte Bindegewebsbündel dunkelblauviolett abheben; einzelne Zellgruppen haben im umgebenden Gewebe eine diffuse Gewebsimbibition verursacht. Im tiefer liegenden Gewebe sind die Körner gelöst und die Zellen diffus gefärbt; vereinzelte sind blauviolett, wie mit halbkugeligen Buckeln besetzt. Am Epithelrande des Coriums finden sich noch Zellen mit kompakten Körnermassen.

b. 40 Sekunden in physiolog. Kochsalzlösung unter Beifügung von 6% H_2O_2 (Gewichtsprozent).

Mastzellen stark vermindert, besonders in der Tiefe der Haut; sie sind blafsrot. Wo noch Körner in den Zellen vorhanden sind, sind dieselben nur wenig verschwommen. Viele Zellen haben etwas unbestimmte Konturen, was durch einen ganz schmalen Imbibitionshof verursacht wird. Bei der starken allgemeinen Zellverminderung sind auch die bei *a* beschriebenen, nur aus Spongioplasma bestehenden Zellen seltener. Einige wenige Zellen zeigen um den Kern herum einen ziemlich schmalen, kompakten Streifen von dicht aneinandergedrängten Körnern, während der Saum nur aus Spongioplasma besteht (s. Versuch 1); sie sind aber nicht so prägnant, wie bei dem zitierten Versuch 1.

Versuch 12. Erwachsener Mensch, Rückenhaut.

a. 40 Sekunden in physiolog. Kochsalzlösung.

Mastzellen ziemlich zahlreich, etwas dunkelrot gefärbt. Die Granula sind meist aufgelöst; häufig Zellen mit zartem, violettem Zellgerüst und blafsblau durchscheinendem Kern.

b. 40 Sekunden in physiolog. Kochsalzlösung mit Zusatz von 8% H_2O_2 (Gewichtsprozent).

Mastzellen stark vermindert, schwach hellrot; die Körner sind aufgelöst; blasse Schatten von Mastzellen, die häufig das bläulich-violette, wie gegittert aussehende Zellgerüst mit bläulichem Kern noch gerade erkennen lassen.

Alle diese Präparate wurden nachher unter Verwendung von 75% Alkohol tingiert (pol. Methylenblaulösung—Alaun—Alkohol 75%); bei Versuch 11 und 12 kam neben der Salzlösung auch Wasserstoffsuperoxyd (Merk) zur Anwendung. Als Resultat ergibt sich, dafs überall, wo Sauerstoff mit in Aktion tritt, die Verminderung der Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner oder deren Auflösung schneller eintritt, als bei einer ähnlichen Salzlösung, die aber keinen aktiven Sauerstoff abgibt. Mit der Konstatierung dieser Tatsache ist aber nicht zugleich gesagt, warum das eintritt. Es lag daher nahe, hierüber ebenfalls Versuche anzustellen, indem man die verschiedenen Faktoren, die bei diesem Vorgang zur Wirksamkeit gelangten, nach der von mir hier benutzten pol. Methylenblaulösung-Alaun-Alkoholmethode auf die Art und den Grad ihrer Einwirkung auf die Mastzellenkörner prüfte. In Betracht kamen: Alkalien, Salze und Sauerstoff. Wie oben angegeben, ist die Fähigkeit der Alkalien und Salze, Mastzellenkörner aufzulösen, bekannt; während es bis jetzt noch nicht dargetan worden war, dafs Sauerstoff auch auf dieselben einwirkt. Nicht bekannt ist bis jetzt eine genauere Bestimmung des Grades der Auflösungsfähigkeit der Alkalien gegenüber Mastzellenkörnern, auch ist noch nicht durch Versuche direkt nachgewiesen worden, warum die Salze diese Körner ebenfalls lösen. Um diesen Fragen näher zu treten, führte ich Versuche in vier Gruppen durch. 1. Gruppe: Einwirkung von Sauerstoff (in H_2O_2) und von reduzierenden Substanzen (H_2SO_3, Pyrogallol) auf die Mastzellenkörner. 2. Gruppe: Einwirkung von Alkalien (Barytwasser, Ammoniak, Kalilauge) auf die Körner der Mastzellen. 3. Gruppe: Einwirkung von Salzlösungen (physiolog. Kochsalzlösung, Kal. sulfuric., Ammon. sulfuric., Natr. sulfuric.) auf Mastzellenkörner; dabei wurde die Beeinflussung des Resultates durch mitverwendete Säuren (H_2SO_3, Acid. acetic. glaciale) kontrolliert. 4. Gruppe: Einwirkung der Lösungen von Salzen, welche, in Wasser aufgelöst, Sauerstoff abgeben, auf die Granula der Mastzellen; neben der Wirkung der reinen Lösungen wurde auch die von solchen, die mit Säuren (H_2SO_3, Eisessig) versetzt worden waren, geprüft. Zur Verwendung kamen: Natr. persulfuricum, Kal. percarbonicum, Ammon. persulfuricum.

Bei den verschiedenen Behandlungsmethoden, die jeweilen einen Versuch ausmachten, wurde immer nur ein Schnitt, in die entsprechende Anzahl Teile geteilt, verwendet; die einzelnen Teile wurden bezeichnet als Teil *a*, Teil *b*, Teil *c*.

Bei der Tinktion der behandelten Schnitte wurde 75 % Alkohol verwendet (pol. Methylenblaulösung-Alaun-Alkohol 75 %) mit Ausnahme der Nasenschleimhaut des Rindes. Die Mastzellenkörner dieses Untersuchungsobjektes erwiesen sich als so leicht zerfliefsende, dafs 95 % Alkohol verwendet werden mufste, um die verlangten Bilder zu erhalten; es hat aber dieses Objekt den Vorteil, dafs sich an ihm die Wirkung der körnerlösenden Substanzen sehr gut demonstrieren läfst, weil sich so immer sehr schöne metachromatische Gewebsimbibitionen dieser Schleimhautpräparate hervorrufen lassen.

Gruppe 1 (H_2O_2, H_2SO_3, Pyrogallol):

Versuch 13. Mensch, Rückenhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen tingiert; Mastzellen deutlich, Konturen derselben sowie der einzelnen Körner scharf; Farbe dunkelviolett-rot; hier und da schimmert ein blauer Kern durch.

b. In H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden: Mastzellen ganz schwach tingiert, aber mit scharfen Umrissen; es ist das schwach violett-rote Spongioplasma und der schwachblaue Kern zu sehen.

c. Zuerst in H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden, dann in H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.) 120 Sekunden: Mastzellen viel deutlicher als bei *b*. Farbe blauviolett, Granulierung scharf hervortretend, blaue Kerne schimmern durch.

Versuch 14. Hund, Gaumenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen und Körner scharf konturiert, deutlich, dunkelblauviolett, Kern nur undeutlich sichtbar.

b. H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden: Mastzellen und Körner von scharfen Konturen umgeben; die Körner treten nicht ganz so deutlich hervor, wie bei *a*, während die blauen Kerne deutlicher sichtbar sind.

c. H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden, dann in H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden: Mastzellen scharf konturiert, tief dunkelblauviolett, Körnung deutlicher als bei *b*, während die Kerne weniger hervortreten.

Versuch 15. Mensch, Rückenhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Die Mastzellen haben scharfe Konturen mit deutlicher Granulation, Farbe dunkelblauviolett.

b. H_2O_2 (15 %), 120 Sekunden: Mastzellen etwas weniger intensiv gefärbt als bei *a*, der blaue Kern hier und da sichtbar.

c. H_2O_2 (15 %), 120 Sekunden, dann in H_2SO_3 (50 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden: Konturen und Körnung deutlicher und Färbung meist intensiver als bei *b*.

Versuch 16. Mensch, Rückenhaut (drei Teile).

a. Unverändert auf Mastzellen tingiert: Mastzellen meist scharf, mit deutlicher Körnung, dunkelviolettrot. Leichte allgemeine Gewebsimbibition.

b. H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.): Keine allgemeine Gewebsimbibition; Mastzellen und Körner deutlich und scharf konturiert, aber in schwächeren Nüancen gefärbt als bei *a*.

c. H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden, dann in H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden: Mastzellen wie bei *a* und *b*, aber intensiver gefärbt als bei *b*.

Versuch 17. Hund, Gaumenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen dunkelblauviolett, scharf konturiert, Körner sehr deutlich; der blaue Kern nur wenig sichtbar zwischen den bedeckenden Körnern hindurch.

b. H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden: Gleich scharfe Konturen und Färbung wie bei *a*, aber die Färbung ist weniger intensiv, weshalb die blauen Kerne unter den weniger tingierten Körnern besser hervortreten.

c. H_2SO_3 (75 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden, dann in H_2O_2 (30 %), 120 Sekunden: Körnung und Mastzellen sehr scharf konturiert. Farbe intensiv dunkelblauviolett; unter den stark gefärbten Körnern sind die Kerne weniger deutlich sichtbar als bei *b*.

Versuch 18. Hund, Gaumenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen dunkelblauviolett, scharf konturiert, mit sehr deutlicher Körnung.

b. H_2O_2 (10 %), 120 Sekunden: Mastzellenkonturen sehr scharf; Färbung violettrötlich, deutlich schwächer als bei *a*, weshalb die bläulichen Kerne unter den schwächer tingierten Körnern deutlicher zu sehen sind als bei *a*.

c. H_2O_2 (10 %), 120 Sekunden, dann in Pyrogallol (5 %), 120 Sekunden: Mastzellen und Körner intensiv gefärbt, violettrötlich, Konturen sehr scharf; Kerne wegen stärkerer Körnertinktion weniger sichtbar als bei *b*.

Versuch 19. Hund, Gaumenschleimhaut (zwei Teile).

a. Pyrogallol (5 %), 60 Sekunden: Mastzellen violett mit Stich ins rötliche; Mastzellen und Körnung scharf konturiert; Kerne sichtbar.

b. Pyrogallol (5 %), 60 Sekunden; dann in H_2O_2 (10 %), 120 Sekunden: Mastzellen und Körner wie bei *a*, aber intensiver gefärbt, was besonders an dem deutlicheren Hervortreten der Körner über den Kernen konstatiert werden kann.

Gruppe 2 (Barytwasser, Ammoniak, Kalilauge):

Versuch 20. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen tingiert: Mastzellen dunkelviolettrot, mit scharfen Konturen und deutlicher Körnung.

b. Barytwasser (50 Gtts. auf 100,0 Aq.), 120 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, in das Spongioplasma diffundiert, von hellrotvioletter Farbe; häufig nur noch das blauviolette Spongioplasmagitterwerk mit blauen Kernen zu sehen.

Versuch 21. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen und Körner dunkelblauviolett, sehr scharf und deutlich.

b. NH_3 (40 Gtts. auf 100,0 Aq.), 60 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, in das Spongioplasma imbibiert, Farbe hellviolettrot, häufig nur das Spongioplasma zu sehen mit dunkelviolettblauem oder blau durchschimmerndem Kerne.

Versuch 22. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbehandelt auf Mastzellen koloriert: Mastzellen und Körner deutlich, scharf konturiert, dunkelblauviolett.

b. Kalilauge (5 Gtts. auf 100,0 Aq.), 60 Sekunden: Mastzellen vermindert an Zahl; ihre Farbe ist verschwommen hellrotviolett; die Körner sind aufgelöst; die Kerne schimmern blau und blauviolett durch.

Versuch 23. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen tingiert: Leichte allgemeine Gewebsimbibition; Mastzellen dunkelblauviolett, scharf konturiert; einzelne Mastzellen etwas verschwommen, rotviolett, mit blauviolettem Kerne.

b. NH_3 (12 Gtts. auf 100,0 Aq.), 60 Sekunden: Nur noch blauviolette Kerne mit schwach violettroten Imbibitionshöfen zu sehen.

c. NH_3 (12 Gtts. auf 100,0 Aq.) mit Beifügung von Acid. acetic. glaciale (14 Gtts. auf 100,0 Lösung), 60 Sekunden: Mastzellen zahlreich, häufig die Körner aufgelöst, mit intensiv rot gefärbtem Zelleib und ebensolchen Imbibitionshöfen; in einzelnen Abschnitten des Präparates ist die Körnung in den Mastzellen erhalten, von aufsen her etwas arrodiert.

Versuch 24. Rind, Nasenschleimhaut (zwei Teile).

a. Barytwasser (4 Gtts. auf 100,0 Aq.), 60 Sekunden: Mastzellen meist ausgelöscht bis auf dunkelviolettrote Kerne; einzelne Zellen zeigen

das schwach violettrote Spongioplasma, seltener einen gleichmäfsig violettrot imbibierten Zelleib mit einem Hof von gleicher Tinktion.

b. Barytwasser (4 Gtts. auf 100,0 Aq.) mit Hinzufügung von Eisessig (2 Gtts. zu 100,0 Lösung), 60 Sekunden: Mastzellen zahlreich, intensiv violettrot gefärbt, mit Höfen; Zelleib meist gleichmäfsig imbibiert von den aufgelösten Körnern.

Versuch 25. Rind, Nasenschleimhaut (zwei Teile).

a. Kalilauge (1 Gtt. auf 100,0 Aq.), 60 Sekunden: Meist nur rotviolettes Spongioplasma mit blauen oder blauvioletten Kernen und schwach violettrotem Hof zu sehen.

b. Kalilauge (1 Gtt. auf 100,0 Aq.) unter Zusatz von Eisessig (12 Gtts. auf 100,0 dieser Lösung), 60 Sekunden: Mastzellenkörner meist aufgelöst; nur einzelne Zellen haben noch die, allerdings etwas verschwommene Körnung; Zelleib und Imbibitionshöfe intensiv violettrot.

Gruppe 3 (physiolog. Kochsalzlösung, Kal. sulfuric., Ammon. sulfuric., Natr. sulfuric.):

Versuch 26. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen deutlich, violettrot, scharfe Konturen der Zellen und Körner, Kerne häufig hellblau durchschimmernd.

b. Physiolog. Kochsalzlösung, 60 Sekunden: Mastzellen vermindert, Körner etwas verschwommen, Farbe schwach rotviolett, der blaue Kern deutlicher zu sehen als bei *a.*

Versuch 27. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbehandelt auf Mastzellen gefärbt: Leichte allgemeine Gewebsimbibition; Mastzellen meist scharf konturiert und granuliert; in der Nähe der Imbibitionsstellen Mastzellen mit blauviolettem Kerne, deren Körner zerflossen sind.

b. Kal. sulfuric. (0,1 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen meistens ausgelöscht; es sind nur noch blauviolette Kerne zu sehen, von denen einzelne von einem schwach gefärbten, rotvioletten Spongioplasma umgeben sind.

c. Kal. sulfuric. (0,1 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (20 Gtts. auf 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen mit Körnung erhalten, violettblau, an der Aufsenfläche etwas arrodiert und daher von einem kleinen Imbibitionshofe umgeben, in welchem sich imbibierte Bindegewebsbündel blauviolett abzeichnen.

Versuch 28. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Leichte allgemeine Gewebsimbibition; Mastzellen dunkelviolettrot, scharf konturiert, deutlich

gekörnt; längs des Epithelrandes sind sie verschwommen, von rotvioletter Farbe und einzelne zeigen sogar nur noch das rotviolette Spongioplasma, mit einem blauviolett imbibierten Kern.

b. Physiolog. Kochsalzlösung, 20 Sekunden: von den Mastzellen sind nur noch blauviolette Kerne zu sehen, wovon einzelne auch noch ein ganz schwach violettrot gefärbtes Spongioplasma aufweisen.

c. Physiolog. Kochsalzlösung mit H_2SO_3 (10 Gtts. auf 100,0 Lösung), 20 Sekunden: Dem Epithelrande nach blauviolett imbibierte Mastzellenkerne, in den tieferen Partien der Haut intensiv violettrote Mastzellen, mit imbibiertem Zelleib und Imbibitionshof; ganz vereinzelte Mastzellen haben noch ungelöste Körner, die blofs in globo etwas von aufsen her arrodiert sind.

Versuch 29. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Leichte allgemeine Imbibitio in vivo; Mastzellen violettrot; bei den einen sind Körnung und Konturen scharf, andere sind etwas verschwommen; einzelne Zellen zeigen dazu einen Imbibitionshof; ganz vereinzelt, längs der Epithelgrenze sieht man Mastzellen, die nur noch aus Spongioplasma und Kern bestehen.

b. Ammon. sulfuric. (0,5 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen sozusagen ganz ausgelöscht, nur noch einzelne dunkle Kerne, umgeben von einem kaum bemerkbaren, rotvioletten Spongioplasmagerüste, sind übrig geblieben.

c. Ammon. sulfuric. (0,5 %ige Lösung) mit Zusatz von Eisessig (8 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen gegenüber *a.* stark vermindert, von Farbe intensiv violettrot; die Körner sind aufgelöst, man sieht den rotvioletten Kern, den in gleicher Farbe imbibierten Zelleib und einen Imbibitionshof.

Versuch 30. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unbehandelt auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen haben im allgemeinen eine sehr scharfe Konturierung, eine ebenso deutliche Körnung, Farbe dunkel violettrot. Längs des Epithelrandes finden sich einige Mastzellen, deren aufgelöste Körner den Zelleib durchtränkt haben und einen blauvioletten Kern durchschimmern lassen. Es hat diese beginnende Auflösung der Mastzellen auch hier eine leichte, allgemeine Gewebsimbibition hervorgerufen.

b. Natr. sulfuric. (1 %ige Lösung), 60 Sekunden: Mastzellenkörner überall aufgelöst, Farbe hellrotviolett; es hat eine Durchtränkung des Zelleibes und des nächstliegenden Gewebes stattgefunden; diese Imbibitionshöfe fliefsen häufig unter sich zusammen. Viele Mastzellen lassen das rotviolette Spongioplasma erkennen. In einzelnen Gebieten des Präparates sind nur noch die blauviolett imbibierten Mastzellenkerne zu erkennen.

c. Natr. sulfuric. (1 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (15 Gtts. auf 100,0 dieser Lösung), 60 Sekunden: Die Mastzellenkörner sind auch hier aufgelöst; die Färbung der imbibierten Zelleiber und der Höfe ist aber eine viel intensivere als bei *b*, auch ist sie mehr dunkel violettrot; es sind auch mehr Mastzellen sichtbar als bei *b*.

Gruppe 4 (Natr. persulfuric., Kal. percarbonic., Ammon. persulfuric.).

Versuch 31. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unverändert auf Mastzellen gefärbt: Konturen der Mastzellen scharf, Körnung etwas verschwommen, leichte allgemeine Gewebs-Imbibitio in vivo.

b. Natr. persulfuric. (0,2 %ige Lösung), 30 Sekunden: Blauviolett imbibierte Mastzellenkerne, violettrötlicher Hof; Zellgerüst häufig zu sehen als blaurötliches Gitter; einzelne Mastzellen mit diffus violettrotem Zelleib.

c. Natr. persulfuric. (0,2 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (12 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen dunkelrot, mit scharfen Konturen; keine Höfe; häufig die Granula erhalten. Intensivere Färbung der Mastzellen als bei *a*.

Versuch 32. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Natr. persulfuric. (0,1 %ige Lösung), 50 Sekunden: Nur blauviolette Kerne, einzelne von schwach violettrotem Spongioplasma umgeben, sichtbar.

b. Natr. persulfuric. (0,1 %ige Lösung), mit Zusatz von H_2SO_3 (6 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 50 Sekunden: Mehr Mastzellen sichtbar als bei *a*, Körner zerflossen, meist das dunkel violettrote Spongioplasma zu sehen.

c. Natr. persulfuric. (0,1 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (6 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 50 Sekunden: Bei einzelnen Mastzellen sind die Körner noch ganz erhalten, bei den meiten sind sie zerflossen und haben den Zelleib gleichmäfsig imbibiert; Kern schimmert häufig blauviolett durch; keine Imbibitionshöfe. Farbe der Mastzellen violettrot.

Versuch 33. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unverändert auf Mastzellen gefärbt; Mastzellen hell rotviolett, mit scharfen Konturen, einzelne zeigen eine deutliche Körnung, während dieselbe bei anderen eher etwas verschwommen ist und häufig den blauvioletten Kern durchschimmern läfst. Leichte allgemeine Imbibitio in vivo.

b. Kal. percarbonic. (0,05 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen ausgelöscht bis an einzelne violettrote imbibierte Kerne, die hier und da von ganz schwach violettrot imbibiertem Spongioplasma umgeben sind.

c. Kal. percarbonic. (0,05 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (2 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mehr Mastzellen zu konstatieren als bei *b*; die Mastzellenkörner sind zerflossen; Kerne, Spongioplasma und Höfe stark hell violettrot gefärbt.

Versuch 34. Rind, Nasenschleimhaut
(drei Teile, Schnitt etwas dicker als bei Versuch 33).

a. Kal. percarbonic. (0,1 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, blaue und blauviolette Mastzellenkerne, meist von schwach violettrotem Spongioplasma umgeben.

b. Kal. percarbonic. (0,1 %ige Lösung), mit Zusatz von H_2SO_3 (6 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellen intensiv dunkel violettrot gefärbt, mit gleichen Höfen; aus letzteren heben sich blau imbibierte Bindegewebsbündel ab. Die Körner sind aufgelöst und imbibieren gleichmäfsig den Zelleib.

c. Kal. percarbonic. (0,1 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (6 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Verhältnisse wie bei *b*, nur ist die Färbung noch intensiver und etwas heller violettrot als bei *b*; auch finden sich Mastzellen, deren Körner noch erhalten sind und die nur an der Gesamtaufsenfläche arrodiert sind (vgl. Versuch 1).

Versuch 35. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Unverändert auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen meist scharf konturiert mit deutlicher Körnung; wie es gewöhnlich bei der hier untersuchten Nasenschleimhaut des Rindes der Fall ist, zeigen einzelne Zellen verschwommene Körner begleitet von einer schwachen allgemeinen Imbibitio in vivo.

b. Ammon. persulfuric. (0,05 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, rotviolette Imbibition des Zelleibes und des angrenzenden Gewebes; Kerne tief blauviolett.

c. Ammon. persulfuric. (0,05 %ige Lösung), unter Zusatz von Eisessig (6 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Färbung intensiver und mehr hell rotviolett als bei *b*; viele Zellen mit erhaltenen Körnern, von aufsen arrodiert, sonst sind die Körner aufgelöst und in den Zelleib und in das schwächste Gewebe imbibiert.

Versuch 36. Rind, Nasenschleimhaut (drei Teile).

a. Ammon. persulfuric. (0,05 %ige Lösung), 30 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, nur noch violettrot imbibierte Kerne, umgeben von schwach violettrotem Spongioplasma uud gleichgefärbten Höfen, sichtbar.

b. Ammon. persulfuric. (0,05 %ige Lösung) mit Zusatz von H_2SO_3 (4 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellenkörner auf-

gelöst, dunkel violettrot; intensive Imbibition von Kernen und angrenzendem Gewebe.

c. Ammon. persulfuric. (0,05 %ige Lösung), mit Zusatz von Eisessig (4 Gtts. zu 100,0 dieser Lösung), 30 Sekunden: Mastzellenkörner aufgelöst, Färbung hellviolettrot, Kerne imbibiert, keine Imbibitionshöfe.

Dies sind die Ergebnisse der Versuche mit den vier Gruppen von Substanzen, welche die Mastzellenkörner in verschiedener Weise beeinflussen.

Über die hierher gehörenden Eigenschaften der Gruppe 1 läfst sich folgendes sagen: Sauerstoffeinwirkung auf Mastzellenkörner setzt deren metachromatische Tinktionsfähigkeit herab, ohne dafs sie in ihrem Aggregatzustand verändert werden; sie werden nicht aufgelöst, sondern behalten die gleiche Form bei.

Reduzierende Substanzen haben die gleiche Wirkung wie Sauerstoff gegenüber den Mastzellenkörnern; sie vermindern die metachromatische Tinktionsfähigkeit derselben, lösen sie aber nicht auf.

Hat die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner durch Sauerstoffeinwirkung gelitten, so kann sie durch nachherige Einwirkung von reduzierenden Substanzen wieder hergestellt werden.

Ist weiter die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner durch die Beeinflussung mit reduzierenden Substanzen herabgesetzt worden, so kann dieselbe durch nachherige Anwendung von Sauerstoff wiederhergestellt werden.

Es ist also anzunehmen, dafs die Mastzellenkörner, damit sie dem Auge durch metachromatische Färbung deutlich sichtbar gemacht werden können, einen bestimmten Sauerstoffgehalt besitzen müssen.

Von der Gruppe 2 läfst sich als Ergebnis der Versuche mit deren Substanzen folgendes sagen: Die Mastzellenkörner lösen sich im Wasser bei Anwesenheit von nur ganz geringen Mengen von Alkalien auf; am heftigsten wirkt die Kalilauge, dann folgt das Ammoniak; am schwächsten ist die Wirkung des Barytwassers. Durch mehr oder weniger vollständige Neutralisierung der Alkalien vermittelst Säurezusatz wird die Alkaliwirkung mehr oder weniger aufgehoben.

Die Versuche mit den Substanzen der Gruppe 3 haben folgendes Resultat ergeben: Die Fähigkeit, Mastzellenkörner aufzulösen, welche den Salzlösungen eigen ist, beruht hauptsächlich auf Alkaliwirkung, denn diese Lösungen verhalten sich dem Säurezusatz gegenüber wie Alkalien. Auch die Wirkung der Ammoniumsalze ist auf Alkalieinfluſs zurückzuführen.

Die Versuche mit den Substanzen der Gruppe 4 zeigen, dafs bei Sauerstoff abgebenden Salzlösungen neben der oxydierenden Wirkung des Sauerstoffes auch die auflösende Wirkung des Alkali ihren Einfluſs geltend

macht. Die körnerlösende Eigenschaft dieser Salzlösungen wird ebenfalls durch Säurezusatz, je nach der Menge desselben mehr oder weniger aufgehoben. Die Salpetersäure eliminiert die körnerlösende Eigenschaft des Alkali weniger als der Eisessig; die metachromatische Färbung der Mastzellenkörner (der nicht gelösten und der gelösten) ist nach Salpetersäureeinwirkung eine intensiv dunkel violettrote, während sie nach Essigsäurezusatz zur Salzlösung eine intensiv hell violettrote ist.

(Schluſs folgt.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Juli 1906.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Die in der neuen Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten abgehaltene Sitzung eröffnet Lesser mit einem warmen Nachruf auf Schaudinn.

2. Hoffmann berichtet und demonstriert am Epidiaskop seine Untersuchungen über **Affenimpfungen mit Syphilis** und über **Spirochaete pallida**, für deren Färbung im Ausstrich er die Methode von Weidenreich empfiehlt: Osmierung der Objektträger und Härtung des ausgestrichenen Präparats in Osmiumsäure, Giemsafärbung. Mehrere Impfungen mit ejakuliertem Sperma haben kein Impfresultat gegeben, dasjenige mit Spinalflüssigkeit ist unsicher.

3. Hoffmann demonstriert einen Mann mit universeller Dermatitis nach **Psoriasis**, der bereits bei v. Bärensprung 1858/59 in der Klinik behandelt worden ist. Für die Diagnose der Psoriasis ist bei derartig universellen Fällen das Verhalten der Nägel wichtig, da diese meistens charakteristische Veränderungen aufweisen.

4. Heuck demonstriert zwei Fälle von **Hauttuberkulose**;

5. Marcuse vier Fälle verschiedener **Erythemformen bei Syphilis**;

6. Schmidt ein **Carcinom** zerstörendster Art am Unterkiefer **bei Lupus erythematodes.**

7. Roscher demonstriert Fälle von ausgedehnter **Psoriasis**; **ulceröser Frühlues** nach Primäraffekt im Munde (dabei gefundener **Zuckergehalt des Urins** ist ohne besondere Diät unter den Kalomelinjektionen verschwunden); **starker Pigmentierung bei lange unbehandelter Syphilis** mit peripherischem Fortschreiten der Papeln; völliger **Zerstörung des Penis** durch spezifische Geschwüre; **Dermatitis herpetiformis** (dabei Symblepharon und Eiweifsgehalt des Urins); **Mal perforant** der Fufssohle bei Elephantiasis der Beine; langjährige **Alopecia areata**, die besonders am Rande des Capillitium sich lokalisiert hat; einen zwölfjährigen Knaben, der sich an seiner zehnjährigen Cousine mit Blennorhoe infiziert hat; ein **Ulcus molle**, das auf alle bekannten Mittel (Jodoform, Isoform, Dermatol, Xeroform usw.) mit starker Dermatitis reagierte, aber die **gleichzeitige Anwendung von Kalomel** (lokal) **und Jodkalium** (innerlich) verträgt und heilt; **Lupus erythematodes des Gesichts.**

8. Bär demonstriert **lebende Spirochaete pallida**, die **seit dem 15. Juni** anaërob am Leben erhalten ist. Teilungen wie bei anderen Spirochäten wurden nicht beobachtet.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 4 und 5.

Die Cystitis trigoni chronica der Frau und ihre pathologische Anatomie. Beiträge zur Metaplasie des Blasenepithels, von A. Heymann. In einer früheren Arbeit hatte Verfasser unter einem grofsen Material von blasenkranken Frauen fast den achten Teil von einer streng lokalisierten Cystitis trigoni befallen gefunden. Da eine einwandsfreie pathologisch-anatomische Untersuchung des Blasendreiecks noch nicht vorliegt, untersuchte Verfasser 20 Fälle, in denen die Blase makroskopisch nicht verändert war und keine Erkrankung des Harntraktus bestanden hatte, und zwar nur ganz frische Präparate. Von diesen 20 Blasendreiecken wiesen 19 pathologische Veränderungen auf, und zwar hatten sechs normales Epithel und nur hier und da leichte Infiltrationsherde, während 13 schwere Veränderungen des Epithels darboten; es war verdickt, wucherte in die Tiefe, indem es dicke Zapfen und Schläuche bildet, weiter bilden sich Cysten und schliefslich kommt es zu einer Metaplasie des gewucherten Epithels in geschichtetes Plattenepithel. Diese Form der Cystitis trigoni ist eine der Frau eigentümliche; sie hat ihre Ursache in der Widerstandsschwäche des Blasenausganges. Der üblichen Spültherapie gegenüber ist sie hartnäckig; man kommt am besten zum Ziel mit energischer mechanischer Lapisausreibung.

Ein Fall von Blennorrhoe und Bilharzia-Erkrankung (Kap-Hämaturie), von F. Böhme. Der 19jährige Patient litt an Blennorrhoea totalis, Gonokokken fanden sich reichlich. Der Urin war rötlich-blutig. Unter üblicher Behandlung heilte die Blennorrhoe vollständig, aber es blieb eine starke teigige Prostataschwellung bestehen. Da der Patient seine Jugend im Kaplande verlebt hatte und zugab, früher schon Blut im Urin gehabt zu haben, spülte Verfasser Harnröhre und Blase mit Argentum nitricum 1:800. Am zweiten Tage war der Urin wieder blutig und im Sediment fanden sich zahlreiche charakteristische Distomumeier. Leider entzog sich Patient der cystoskopischen Untersuchung. Verfasser sieht den Fall als einen leichten an und hält die Prognose nicht für schlecht, da ja Gelegenheit zur Reinfektion fehlt.

Über Spermatocele, von Sellei. Der 57jährige Patient klagte über Schmerzen im rechten Hoden; dort fand sich ein nufsgrofses, ovales, elastisches Neugebilde, welches nicht gänzlich vom Nebenhoden zu isolieren ist. Der Tumor wurde operativ entfernt, er erwies sich als eine Cyste, deren milchiger Inhalt zahlreiche unbewegliche Spermatozoen enthielt. Verfasser teilt noch zwei Fälle mit.

Zur Kenntnis des Stypticins, von M. Freund. Das von Berg zur Bekämpfung von Blutungen empfohlene phthalsaure Cotarnin ist dem vom Verfasser empfohlenen Stypticin nicht überlegen. Dies ist salzsaures Cotarnin, die blutstillende Substanz ist die Base Cotarnin, die im Stypticin in gröfserer Menge enthalten ist als im phthalsauren Salz; ferner setzt dies sich im Magen doch in salzsaures Salz um, während der freien Phthalsäure kein therapeutischer Wert zukommt.

Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung, von Leedham-Green. Verfasser bringt drei gute radiographische Bilder der mit Wismut oder Silberalbuminat gefüllten Blase, aus denen hervorgeht, dafs die Gestalt der menschlichen Blase auch im gefüllten Zustande oval und nicht birnförmig ist und dafs sich kein Blasenhals im Sinne Fingers und Guyons ausbildet.

Beitrag zum Studium der Prostatitis blennorrhoica, von Bierhoff. Verfasser fand unter seinen 311 beobachteten Blennorrhoefällen 148 von Urethritis posterior, in sämtlichen war die Prostata miterkrankt, in 13 Fällen allerdings keimfrei. Verfasser schildert seine Untersuchungsmethode: Expression der Prostata erst nach Durchspülung der vorderen und der hinteren Harnröhre. Es folgt dann Schilderung der Ansicht des Verfassers, weswegen die blennorrhoische Entzündung so gern die hintere Harnröhre befällt, nämlich infolge eines dort häufig vorhandenen Kongestionszustandes der Schleimhaut. Die Prostatitis verläuft meist leicht infolge der alkalischen Reaktion des Prostatasaftes, der dem Gonococcus einen schlechten Unterboden gewährt. Am meisten findet sich die endoglanduläre (katarrhalische) Form, sodann die follikuläre, dann die parenchymatöse und der Abscefs; Verfasser schildert Verlauf und Ausgang. Die Behandlung besteht in vorsichtiger Massage und Durchspülungen, auch Hitzeapplikationen vom Rektum aus sind zur Erweichung der Knoten nützlich.

Eine einfache Vorrichtung zur Blasenspülung, von Ehrenfest. Der Apparat ist bequem auszukochen und kann in der Tasche mitgeführt werden. Der Katheter ist durch einen Zweiwegehahn mit dem Gefäfs verbunden, aus dem die Spülflüssigkeit durch ein Druckgebläse in die Blase getrieben wird. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band IX. Heft 8. Mai 1906.

Beitrag zur Kenntnis der gummösen Nasensyphilis, von W. Anton Lieven-Aachen. Die gummöse Erkrankung des Nasenbodens ist wegen der Gefahr einer Perforation nach dem Munde hin stets eine Lokalisation der Nasensyphilis von besonderer Wichtigkeit, meist erkrankt vom harten Gaumen stets die nasale Seite zuerst; deshalb liegen auch fast alle Perforationen, entsprechend der Ansatzlinie der Nasenscheidenwand, in oder nahe der Raphe palati duri. Zwei Fälle, welche Verfasser ausführlich beschreibt, zeigen übereinstimmend neben einer minimalen Rauhigkeit am Nasenboden Lockerung eines einzelnen Zahnes. Es ist begreiflich, dafs in beiden Fällen weder von seiten des Arztes noch vom Patienten letzterer Erscheinung besondere Bedeutung beigemessen wurde, zumal man ja im Verlaufe von Hg-Kuren, wie sie hier stattfanden, Losewerden der Zähne auf die Therapie zu beziehen gewohnt ist. Freilich hätte das Fehlen jeder weiteren stomatischen Erscheinung einen Fingerzeig für die Diagnose bieten können. Besonders irreführend war aber die minimale Ausdehnung des ulcerösen Prozesses in der Nase; es schien sich wirklich nur um einen kleinen, abgegrenzten Herd zu handeln. Der Verlauf lehrte, wie verfehlt diese Annahme war und wie wichtig es ist, dem Verhalten der Zähne bei jeder spezifischen Affektion am Nasenboden besondere Aufmerksamkeit zu zollen. Jedenfalls dürfte man in ähnlichen Fällen dadurch in die Lage versetzt werden, bereits frühzeitig die Beteiligung der alveolären Partien des Oberkiefers und damit eine anscheinend nicht vorhandene gröfsere Ausdehnung scheinbar circumscripter Nekrosen am Nasenboden zu erkennen.

Zur Frage der blennorrhoischen Exantheme, von N. Meyer-Wildungen. Es handelt sich in einem vom Verfasser beobachteten Falle um ein Exanthem, um Gelenkergüsse und Muskelschwellungen bei einem jungen Manne, der an florider Gonokokkeninfektion leidet. Wären die blennorrhoischen Erscheinungen nicht vorhanden, so hätte man an Purpura haemorrhagica oder Peliosis rheumatica denken müssen. Für das Auftreten eines solchen Exanthems gibt es nach Orlepski sechs Gründe: 1. Tripperdiathese, 2. Arzneiexanthem, 3. Coprostase, 4. Angioneurose, 5. Gonokokkenmetastasen, 6. Gonokokkentoxinwirkung. Patient hatte Sandelöl erhalten, was aber nur selten ein

Arzneiexanthem hervorruft; auch begründet es nicht die gleichzeitigen Gelenk- und Muskelschwellungen. Der bündigste Beweis für die Abhängigkeit der Purpura von der Blennorrhoe wäre der Nachweis von Gonokokken in einer Efflorescenz oder im Blut gewesen. Beides wurde mit negativem Erfolge versucht. Es bleibt somit nur übrig, aus den klinischen Erscheinungen den Zusammenhang zwischen Blennorrhoe und Purpura herzuleiten.

Novokain in der Urologie, von Freemann-Berlin. Verfasser lernte in Josefs Poliklinik den Wert eines neuen Anästhetikums, des Novokain, bei gewissen Fällen von akuter Blennorrhoe kennen. Es nimmt die Schmerzen bei der Injektion und ist weniger giftig als Kokain. Er injizierte 10 ccm einer Lösung (Novocainnitrat 3,0, Albargin [1 : 1000] 100,0) in die Urethra und liefs diese Flüssigkeit zehn Minuten in der Harnröhre. Die darauf stattfindende Janet-Spülung mit Albarginlösung 1 : 100 war völlig schmerzlos. Nach Verfasser eignet es sich daher bei manchen Fällen für die Abortivmethode in Verbindung mit Janet. Zwei Krankengeschichten erörtern das Gesagte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsberichte für Urologie.

1906. Band XI. Heft 4.

1. **Zur Chirurgie der Harnleiter**, von S. P. Federoff-Petersburg. Zwei Fälle von Operationen an den Ureteren. In dem einen wurde bei einer 65jährigen Frau wegen Anuria calculosa und Unmöglichkeit der Katheterisation des Ureters die Ureterolithotomie gemacht über einem Stein von 2 cm Länge und 1 cm Breite. Der danach geheilte Fall ist noch besonders interessant durch das Fehlen der Blasenmündung des rechten Ureters und durch das vermutete Nichtvorhandensein der rechten Niere. Danach wäre die Anurie in diesem Falle nicht als reflektorisch zu betrachten, sondern als abhängig von der Vorlegung, welche der Stein im Ureter der einzigen linken Niere verursachte. — In dem anderen Falle handelte es sich um eine Fistula ureterovaginalis bei einer 23jährigen Frau, bei welcher eine Entzündung im perivesiculären Zellgewebe unweit des Ureters entstanden war. Diese Periureteritis breitete sich weiter aus und ergriff endlich das ganze subperitoneale Zellgewebe längs des Harnleiters, so dafs bei der ersten Operation ein massives Infiltrat längs des ganzen Ureters angetroffen wurde, das stellenweise von frischen kleinen Abscessen, stellenweise von faserigen Massen, den Resten alter Eiterherde, durchsetzt war. Es folgten bei der Kranken eine Ureteropyelitis und Pyelonephritis mit massenhafter Bildung kleiner Abscesse an einzelnen Teilen des Nierenpacenchyms, besonders an den Pyramiden. Nach Entfernung der Niere in toto samt dem Harnleiter genas die Kranke vollständig.

2. **Zur Technik der Lithotripsie**, von A. Hagmann-Moskau. Der Verfasser gebraucht zum Ausspülen der Steintrümmer das Nitzesche Evacuationscystoskop, dessen Spülrohr er mittels eines T förmigen Glasrohres mit einem ungefähr 1 m langen Abführungsschlauch und mit dem Schlauch eines Esmarchschen Irrigators vereinigte. Nach dem Ausspülen ist die Blase leicht mit ganz klarer Borlösung zu füllen, so dafs nur der optische Apparat eingelegt zu werden braucht, um sich zu überzeugen, ob die Blase vom Stein und dessen Trümmern gründlich befreit ist. Der Verfasser glaubt mit diesem Verfahren nicht nur die Prinzipien der Sterilisierbarkeit des Instrumentariums und der sauberen Ausführung der Blasenspülung zu befriedigen, sondern auch die komplizierten und kostspieligen Evacuatoren entbehrlich zu machen.

3. **Ein Fall von Blennorrhoe der angeborenen dorsalen Penisfistel**, von Dreyer-Cöln. Der mit Blennorrhoe infizierte Gang begann oberhalb und etwas rechts

von der eigentlichen Harnröhrenmündung und hatte an seinem äufseren Ende fast gleiche Weite wie das Orificium externum; ein filiformes Bougie ging bei natürlicher Lage des Penis 8½ cm tief vorwärts in den Gang hinein. Unter Einspritzungen von Argent. nitric. Lösungen 1:1000 bis 1:500 mittels Guyonscher Spritze ohne Katheter war die Blennorrhoe des Ganges in acht Tagen ausgeheilt. Eine Kommunikation des Ganges mit der Urethra bestand nicht; die letztere wies im endoskopischen Bilde eine starke Entwickelung Morgagnischer Lakunen an der oberen Wand auf. Die Röntgenuntersuchung gab keinen weiteren Aufschlufs, als ihn die Sondenuntersuchung gebracht hatte.

4. **Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe**, von H. Lohnstein. (Fortsetzung und Schluſs.) Mit 21 Abbildungen. Die tiefgreifendsten Veränderungen weist die Epithelialschicht der Schleimhaut auf, und sie äufsern sich im wesentlichen durch erhebliche Verbreiterung der Epithelialschicht, Veränderung der normalen Epithelkonfiguration, Leucocytheninfiltration, sowie Degeneration der Epithelzellen. Die Folge davon ist Dissoziation des Gefüges der Epithelialschicht. Je nach dem Epithelialtyp kommt es zur Auflösung nach der freien Oberfläche, die sich klinisch in reichlicher, sehr schwer zu bekämpfender Epithel- und Leucocythenabsonderung zeigt, zum Übertritt der Leucocytheninfiltration in das subepitheliale Gewebe. Besonders kompliziert werden die epithelialen Veränderungen durch das Hinzutreten circumskripter Wucherungen, welche aus epitheloiden Elementen allein oder aus einem Gemengsel von Rundzellen und Epithelien bestehen und sich nicht nur auf die Schleimhautoberfläche, sondern auch über Lakunen, auf der Spitze der Zotten, nach Art polygöser Wucherungen finden. An diesen Epithelveränderungen ist das Epithel der Lakunen und der Littréschen Drüsen in analoger Weise beteiligt.

Aus seinen klinischen und anatomischen Untersuchungen zieht Lohnstein folgende Schlüsse für das Wesen des chronischen Trippers: 1. Bei der chronischen blennorrhoischen Urethritis sind als Hauptursache für ihre Persistenz und die Hartnäckigkeit gegenüber alten therapeutischen Prozeduren anzusehen die tiefgreifenden Veränderungen der Epithelialschicht. 2. Diese Veränderungen ergreifen auch das subepitheliale Gewebe, sind jedoch dann nur fleckweise nachweisbar und als Komplikation des eigentlichen epithelialen Prozesses anzusehen. 3. Von den subepithelialen Veränderungen müssen besonders die Zottenneubildungen, welche sich nicht nur in der Pars posterior, sondern auch in der Pars anterior in reichlichstem Mafse finden, als Ursache für die Persistenz des chronischen Trippers angesehen werden. 4. An den Veränderungen nehmen die drüsigen, in der Schleimhaut eingelagerten Organe in entsprechender Weise teil. Ihre hauptsächlichsten Veränderungen spielen sich innerhalb der Epithelialschicht der Schleimhaut ab. Diese Veränderungen der Drüsen in der Subepithelialschicht sind als konsekutive bezw. komplikatorische Erscheinungen aufzufassen.

5. **Epilog zur Nitze-Feier**, von Ernst R. W. Frank-Berlin.

1906. Band XI, Heft 5.

I. **Die Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen**, von G. Kapsammer-Wien. Um die Bedeutung der neueren Untersuchungsmethoden der Nierenerkrankungen richtig würdigen zu können, ist es nötig, die älteren einer Kritik zu unterziehen. Aus dieser ergibt sich, dafs von den alten Methoden der Nierendiagnostik keine einzige imstande ist, verläfsliche Aufschlüsse zu verschaffen; alle zusammengenommen geben in vielen Fällen ein gewisses Gefühl der Sicherheit; sie führten aber oft genug zu verhängnisvollen Täuschungen. Die Grundlage für die neuen Errungenschaften in der Nierenchirurgie bildet die Erfindung Nitzes, deren Bedeutung vielfach nicht

erkannt worden ist und zu deren Ausbau einerseits jede Anregung fehlte und andererseits das Urteil maßgebender Nierenchirurgen hemmend wirkte. Doch auch der Ureterenkatheterismus vermag mit der physikalischen, chemischen, mikroskopischen, bakteriologischen Untersuchung des separat aufgefangenen Sekretes manche Fragen über den anatomischen und funktionellen Zustand der Nieren nicht zu lösen. Daher bewegen sich die neueren Untersuchungsmethoden im wesentlichen in zwei Richtungen: Die erste ist durch jene Methoden charakterisiert, welche in den neuen Errungenschaften der Chemie fußen; sie bestehen in der Untersuchung des Harns von neuen Gesichtspunkten aus, ohne künstliche Beeinflussung der Nierenfunktion; hierher gehören die Kryoskopie, die Prüfung des Brechungsexponenten und des elektrischen Leitungswiderstandes. Die zweite Richtung erscheint durch jene Methoden charakterisiert, welche auf einer künstlichen Beeinflussung der Nierenfunktion beruhen: sie bestehen in der Einverleibung von Substanzen, welche dem Organismus zumeist fremd sind, um deren Ausscheidung durch die Nieren zu prüfen; hierher gehören die Jod-, die Salicyl-, die Fuchsin-, die Methylenblau-, die Rosanilin-, die Indigokarmin-, die Hippursäure-, die Phloridzinprobe und die experimentelle Polyurie. Da die von Strubell angegebene Bestimmung des Brechungsexponenten und die Leitfähigkeitsbestimmung Löwenharts für die funktionelle Nierendiagnostik nicht in Betracht kommen, geht der Verfasser nur auf die Kryoskopie näher ein, um nachzuweisen, daß auch sie für die chirurgische Nierendiagnostik nicht gebraucht wird. Denn nicht die Bestimmung der molekularen Konzentration ist das Wesentliche dabei, sondern die Bestimmung des Wechsels in der Konzentration; nicht der Grad der Durchlässigkeit für feste Moleküle wird gemessen, sondern in erster Linie der Grad der Durchlässigkeit für Wasser. Aber um den Grad der Konzentration des Harns in Zahlen auszudrücken, gibt es ein viel einfacheres Mittel als die Gefrierpunktsbestimmung, nämlich die Bestimmung des spezifischen Gewichtes. Der Gedanke Koranyis, den Schwerpunkt der Untersuchung nicht in die Bestimmung der im Harne ausgeschiedenen, sondern der im Blute zurückgehaltenen Moleküle zu verlegen, führte zur Verwertung des Blutgefrierpunktes für die Nierendiagnostik und zur Aufstellung zweier elementarer Sätze Kümmells, deren Unhaltbarkeit aber durch zahlreiche Beobachtungen der verschiedensten Autoren erwiesen wurde.

Aus der Reihe der zur Funktionsprüfung verwendeten Substanzen bespricht der Verfasser nur jene Methoden, welche bisher eine Bedeutung für die Praxis gewonnen haben, wie die Methylenblau-, die Indigokarmin- und die Phloridzinprobe. Der Methylenblaumethode, welche für die Diagnose schwerer interstitieller Prozesse einen verläßlichen Index abgibt, welcher aber die Unkenntnis über die Chromogenausscheidung hinderlich im Wege stand, wurde der Boden entzogen durch den Vorschlag von Voelker und Joseph, das Indigokarmin zur Funktionsprüfung der Niere zu verwenden, das nur als blauer Farbstoff, nicht in Leukoderivaten ausgeschieden wird. Bei der Indigokarminmethode ist aber wohl zu bedenken, daß das Indigokarmin nur die Uretermündung der gut funktionierenden Niere deutlich markiert, während es meist die kranke Niere ist, deren Uretermündung schwer zu finden ist. Eine besondere Feinheit in der Diagnostik bietet die Phloridzinmethode mit Berücksichtigung der Zeit des Auftretens der Zuckerausscheidung. Erscheint der Zucker, später als 15 Minuten, so bedeutet dies in jedem Falle eine funktionelle Störung, welche auch mit einer anatomischen Läsion verbunden ist; der Zucker erscheint um so später, je größer die anatomische und damit die funktionelle Störung ist. Auf Grund eigener Erfahrung stellt der Verfasser einen Satz auf, welcher eine präzise Indikationsstellung ermöglicht: tritt der Zucker 30 Minuten nach der Injektion auf, so ist eine Nephrektomie noch zu wagen; tritt der Zucker aber erst nach 40 Minuten

oder noch später auf, so bedeutet dies eine funktionelle und anatomische Störung, welche eine Nephrektomie kontraindiziert. Eine Ausnahme von diesen Regeln macht die parenchymatöse Nephritis, bei welcher der Phloridzinzucker häufig trotz schwerer anatomischer Veränderungen in normaler Zeit erscheint.

II. **Eine Flaschenspritze. Ihre Verwendung als Tripper- und Janetspritze,** von Bernstein-Kassel. Die Vornahme sauberer Injektionen scheitert in der Regel an Verunreinigungen der Trippersprize und des Füllglases. Um diese zu vermeiden, konstruierte Bernstein eine Flaschenspritze, eine Vereinigung von Flüssigkeitsbehälter und Spritze. Die Spritze liegt im Flüssigkeitsbehälter, ist fest mit ihm verbunden und bleibt auch bei Füllung und Entleerung darin liegen. Spritzenende und Griff der Stempelstange liegen aufserhalb der Flasche. Die Form der Flaschenspritze ist glattoval, damit sie leicht in der Tasche getragen werden kann und die Flüssigkeit in einer der Körperwärme nahen Temperatur aufbewahrt hält. Als weitere prinzipielle Vorteile der Flaschenspritze nennt Bernstein:

1. Die Vornahme einer Reihe voneinander unabhängiger Injektionen = einer Spülung;

2. die Unbegrenztheit der Gröfse der einmaligen Injektion;

3. den sehr variierbaren Druck, welcher die Flaschenspritze schon in einem früheren Stadium des Trippers zu Spülungen verwendbar macht, als dies mit der Janetspritze erlaubt ist, und welcher zur Ausführung von Druckspülungen eine grofse Annehmlichkeit bedeutet;

4. die Leichtigkeit des Injizierens in die hintere Harnröhre und Blase vom Harnröhreneingang aus, da die Allmählichkeit der Drucksteigerung den Widerstand des Sphincter externus unter Vermeidung des Reizes des Muskels zur Kontraktion überwindet. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Mai 1906.

Einige klinische Betrachtungen über Syphilis, von Robert B. Wild-Manchester. Auf Grund eines Materials von über 1000 Syphilisfällen, die W. beobachtete, gibt er hier einen zusammenfassenden Bericht, welchem das Wichtigste entnommen sei. Die 1000 Fälle von Syphilis kamen auf 20265 poliklinische Patienten, was einem Prozentsatz von 5,17 gleichkommt; in der Privatpraxis hatte er unter einer Reihe von 2000 Fällen 99 = 4,95 % von Syphilis. Bei der kongenitalen Syphilis (76 Fälle) unterscheidet W. zwei grofse Gruppen: die erste betrifft Kinder im Alter von zwölf Tagen bis zwei Jahren, die zweite von drei bis 26 Jahren; bei ersterer herrschen die Symptome sekundärer, bei letzterer die tertiärer Syphilis vor. Auffallend war völliges Fehlen Hutchinsonscher Zähne bei den älteren Patienten, ferner die rasche Besserung der Sekundärerscheinung auf Quecksilber. Schwierig ist zuweilen die Differentialdiagnose zwischen bullösem Syphilid und Pemphigus neonatorum. Die Ansicht, dafs bei tertiärer Syphilis der Eltern die Kinder nicht infiziert werden können, ist durch verschiedene Fälle W.s, wo Mütter syphilitischer Kinder nur Zeichen von Tertiärerscheinungen trugen, widerlegt. Bezüglich des Primäraffektes ist in den Fällen W.s die relative Häufigkeit des extragenitalen Schankers auffallend; während man denselben gewöhnlich in 10 % der primären Fälle findet, hatte er unter 55 Fällen nicht weniger als 14 extragenitale. Als Einleitung der Sekundärerscheinungen beobachtete W. sehr oft geringes, seltener hohes Fieber, was die Diagnose sehr schwierig gestalten kann, aufserdem nicht selten heftige, neuralgische Kopfschmerzen. Ein Zusammenhang zwischen Alter oder Geschlecht und der Art der Eruption, bei

welcher der squamöse Typus vorherrschend war, konnte nicht festgestellt werden. Die Hauptschwierigkeit in der Diagnose der sekundären Syphilis war die Koinzidenz mit anderen Hautkrankheiten, besonders Dermatitis seborrhoica, auch allgemeine Psoriasis. Von der seltenen Form der syphilitischen Purpura beobachtete W. drei Fälle, die kurz beschrieben sind, ebenso syphilitische Framboesia, welche er nicht für besonders selten, aber gröfserer Beachtung, als sie bisher gefunden, wert hält; er sah in den letzten zwölf Jahren etwa 20 Fälle dieser Art. Der charakteristische Ausschlag war an Kopf und Gesicht, gelegentlich an Handteller und -gelenk, selten an den bedeckten Körperstellen; bei der Therapie ist energische Lokalbehandlung, ohne welche weder Quecksilber noch Jod Wirkung haben, von gröfster Wichtigkeit. W. sieht diese Framboesia als syphilitische Papeln an, welche durch irgend einen Eitererreger, möglicherweise einen Streptococcus, infiziert wurden. Bezüglich der tertiären Syphilis hebt er den grofsen Abstand zwischen dem Alter bei dieser und jenem bei Sekundärsyphilis — das Durchschnittsalter bei letzterem betrug 28,5, bei ersterem 38,7 Jahre — hervor; dieser Abstand von etwa zehn Jahren trifft gleichmäfsig für beide Geschlechter zu. Die Extreme zwischen Auftreten von Sekundär- und Tertiärsyphilis waren sechs Wochen (sic! Referent) und 38 Jahre. Bei der Ätiologie der Tertiärlues fand W. besonders häufig Trauma und irgend eine entzündliche Affektion der Haut (wie Dermatitis seborrhoica und Acne rosacea. Als erwähnenswert gedenkt er der Tatsache, dafs unter nahezu 600 Fällen von tertiärer Syphilis, welche die Oberfläche des Körpers betrafen, nur drei Erkrankungen des Nervensystems zeigten. In bezug auf die Therapie läfst Verfasser zwar die Möglichkeit zu, dafs viele Fälle von Syphilis auch ohne Quecksilber zur Heilung kommen, bezweifelt aber nicht, dafs durch dasselbe Dauer und Intensität der Primär- sowie der Sekundärerscheinungen bedeutend abgekürzt, die Neigung zu Tertiärerscheinungen in hohem Grade vermindert wird. Merkwürdigerweise empfiehlt W. in erster Linie noch die Darreichung per os, Injektionen und besonders auch Inunktionen nur für Ausnahmefälle. Bei Tertiärsyphilis hält er Quecksilber für sehr geeignet bei serpiginösen und nodulären Eruptionen, während es bei ulcerösen oft geradezu gefährlich wirken kann. Aufserdem natürlich Jodkalium in entsprechend hohen Dosen und sehr häufig sind bei anämischen Patienten daneben Eisenpräparate, Chinin, Strychnin, Lebertran von hohem Werte, bei vorhandenen heftigen Schmerzen Opium und bei grofser Nervosität Brompräparate.

Kurze Bemerkung über die verminderte Phagocyteneigenschaft der eosinophilen Blutzellen in einem Falle von Dermatitis herpetiformis, von F. G. Bushnell und Winkelried Williams. Die Untersuchungen, welche Verfasser mit Tuberkelbazillen vornahmen, zeigten, dafs in dem Falle von Dermatitis herpetiformis, eine weibliche Patientin betreffend, die eosinophilen Zellen im Blute stark vermehrt waren, aber keinerlei phagocytäre Wirkung auf Tuberkelbazillen besafsen, sich also von den übrigen Lymphocyten darin unterschieden. Die Einzelheiten der Untersuchungen müssen im Original nachgesehen werden. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1906.

Die Eierschalennägel, von James Nevins Hyde-Chicago. (Mit einer Farbentafel). Der Ausdruck, mit welchem H. eine eigentümliche Veränderung an den Nägeln der Füfse und Hände belegt, ist vor allem wegen der Farbe der veränderten Nägel gewählt; diesen Zustand beobachtete er ausschliefslich bei jungen weiblichen Patienten, von welchen zwar keine eine ausgesprochene Erkrankung des Gefäfssystems hatte, aber doch alle ein mangelndes Gleichgewicht in der Blutzirkulation zeigten [in welcher

Weise, ist nicht näher angegeben. Refer.] und alle mit Hyperidrosis an Händen und Füfsen behaftet waren. Die freien Ränder der Fingernägel hatten in allen Fällen, von welchen vier eingehender beschrieben werden, die spezifisch weifse Farbe der Eierschalen. Keine der Patientinnen suchte wegen dieser eigentümlichen Nagelveränderung, sondern wegen ganz anderer, damit nicht zusammenhängender Krankheiten ärztliche Hilfe auf. H. ist überzeugt, dafs diese Nagelveränderung in Verbindung mit der Hyperidrosis steht, dafs die ständige Maceration der distalen Teile der betroffenen Glieder die normale Verhornung der Nagelplatte beeinträchtigt und sich daraus ungewöhnliche Durchsichtigkeit der Nägel erklären läfst. Pathologisch-anatomisch läfst er jedoch auch die andere Möglichkeit zu, dafs die tieferen Zellschichten des Nagelbetts abnorme Tätigkeit entwickeln.

Zwei Fälle multipler Tumoren der Haut bei Negern, mit Jucken verbunden, von Jay F. Schamberg und Rose Hirschler-Philadelphia. In den beiden Fällen handelte es sich um Negerinnen im Alter von 40 resp. 25 Jahren, und sie sind sowohl in ihrem ganzen Verlauf wie in ihrer mikroskopischen Beschaffenheit identisch mit dem unter demselben Titel von Haraaway im Jahre 1880 veröffentlichten Falle. In allen drei Fällen entwickelten sich Knötchen und kleine Geschwülste in der Haut, in besonders grofser Anzahl an den Armen und Beinen und waren mit mehr weniger heftigem Jucken begleitet. Die Knötchen variieren an Gröfse von einer Erbse bis zu einem Kleinfingernagel, sind von schwärzlicher Farbe, nicht schmerzhaft auf Druck und zum Teil über der Haut erhaben; zwischen den Knötchen ist die Haut normal. Die Affektion datiert in den beiden vorliegenden Fällen 22 und 14 Jahre zurück und ist besonders dadurch charakterisiert, dafs die Knötchen nach der Exstirpation sich stets von neuem bilden. Die histologische Struktur, welche Verfasser mit wohlgelungenen Abbildungen illustrieren, zeigt in der Epidermis nahe der Papillarschicht zahlreiche Nester entzündlicher Elemente mit beträchtlich vergröfserten Blutgefäfsen, wobei der Vorgang etwa folgender sei: Zuerst Erweiterung der Hautgefäfse, dann umschriebene Zellinfiltration, Proliferation der fixen Bindegewebselemente, Bildung neuer kollagener Fasern. In den gröfsten und wahrscheinlich auch ältesten Tumoren ist die Gefäfserweiterung eine sehr ausgesprochene und daraus eine enorme Überhandnahme der Hornschicht der Epidermis resultierend, ein Zustand, wie er ähnlich beim Angiokeratom beobachtet wird. Eine Ursache für diese eigentümliche, bei sonst gesunden Personen vorkommende, Hautaffektion konnte nicht ermittelt werden.

Über Meralgia paraesthetica, von James C. White-Boston. Der 55jährige Patient bekam plötzlich beim Stehen oder Gehen an der Haut des äufseren unteren zwei Drittels der rechten Zehe abnorme Gefühlserregungen, wie Ameisenkriechen, „Kratzen", „Platzen einer Wasserblase" und bei Ermüdung auch heftigen Schmerz. Beim Versuche mit der Nadelspitze, ebenso mit anderen Gefühlsprüfungen zeigte sich die beschriebene Stelle weit weniger empfindlich als der Norm entspricht, das rechte Bein, besonders über der Patella, beinahe gefühllos. Im allgemeinen ist diese nervöse, umschriebene Hautaffektion, wie White aus der Literatur anführt, oft mit Neuritis, Tabes, Rheumatismus, Gicht oder Alkoholismus verbunden, was aber alles bei vorliegendem Fall nicht zutrifft, dessen Antiologie eine durchaus unaufgeklärte ist. Ebenso scheint gegen diese Hautaffektion therapeutisch wenig auszurichten zu sein, wiewohl Massage in manchen Fällen teil- und zeitweise Linderung gebracht hat.

Ein Fall von rekurrierender Blaseneruption des Gesichts; wahrscheinlich Pemphigus hystericus, von Francis J. Shepherd-Edinburg. Bei dem 20jährigen Mädchen treten seit etwa vier Jahren plötzlich im ganzen Gesicht kleine entzündete Bläschen auf, welche bald die Gröfse eines 10 Cts.-Stückes annehmen, sich mit Blut-

serum füllen, dann sich entleeren und Krusten bilden. Diese Affektion brennt, aber juckt nicht, hält im ganzen etwa vier Wochen an, und Patientin bleibt dann wieder eine Woche davon befreit; es zeigt sich keinerlei Regelmäfsigkeit in der Anordnung der Bläschen. Das Leiden wird immer vor den Menses schlimmer; das Mädchen ist sonst gesund, auch die übrigen Familienmitglieder haben keinerlei Hautausschläge, auffallend ist, dafs die Affektion nur im Gesicht sich einstellt. Verfasser erklärte sie zwar für eine Art Trophoneurosis, kann aber für den vorliegenden Fall den Verdacht einer absichtlich (durch Kratzen usw.) herbeigeführten Affektion nicht unterdrücken.

Über Pityriasis rosea, von Douglass W. Montgomery. M. berichtet über seine Erfahrungen an 88 Fällen. Selten hatte er Gelegenheit, den Ausschlag am Beginn zu sehen, da derselbe meist bei sonst gesunden Leuten vorkommt und sie erst bei gröfserer Ausbreitung zur ärztlichen Hilfe treibt. Jucken hat M. nur in sechs von seinen Fällen, also relativ selten, beobachtet, was besonders zur Verwechslung mit Syphilis führen kann. In manchen Fällen ist das klinische Bild dasselbe wie bei Seborrhoea annulata und die Unterscheidung hiervon ganz unmöglich. Irgend eine bestimmte konstitutionelle Störung konnte M. als Grundlage für Pityriasis, wie es von mancher Seite angeführt wird, bei seinen Fällen nicht finden, ebensowenig einen sicheren Anhaltspunkt, dafs sie durch ein Contagium hervorgerufen wird, da direkte Übertragung in einwandsfreier Weise noch nicht beobachtet wurde. Die Dauer des Ausschlags betrug von acht Tagen bis zu vier Monaten, im Durchschnitt drei bis vier Wochen. Bezüglich der Therapie hat grüne Seife, gründlich in die ganze Haut vom Scheitel bis zur Zehe ein- bis zweimal täglich, sechs Tage lang eingerieben, dann sechs Tage lang Einpudern und schliefslich ein warmes Bad gute Erfolge gegeben; Verfasser neigte aber mehr der von Jamieson inaugurierten und von Walker weiterhin empfohlenen Behandlungsart zu, die in einem täglichen Bade von ½stündiger Dauer, welchem zwei bis drei Teelöffel von Condys Flüssigkeit (woraus bestehend, ist nicht angegeben. Refer.) zugesetzt wird und dann Einfetten des ganzen Körpers mit Salicyl vaselin (drei bis fünf Proz.) besteht.

Sämtliche Arbeiten dieses Heftes sind als Vorträge auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung (New York, 28. bis 30. Dezember 1905) gehalten worden.

Mai 1906.

Die Lebensgeschichte eines Falles von Mykosis fungoides, von George T. Jackson-New York. Die 33jährige Patientin berichtete, dafs ihr Leiden vor etwa fünf Jahren mit einem roten Flecken am rechten Oberschenkel begann, welcher lange Zeit stationär blieb, und nach neun Monaten eine Anzahl neuer Flecken, verbunden mit Jucken, auftraten. Als sie J. zuerst sah (vor etwa drei Jahren), zeigte sie einen allgemeinen Ausschlag dunkler, braunroter, unregelmäfsig runder, schwer definierbarer Efflorescenzen von verschiedener Gröfse und Form, leichte Schuppung, Jucken besonders heftig bei Nacht. Nach verschiedenen anderen Behandlungsarten wurde schliefslich Chaulmograöl innerlich, Injektionen von Na cacodylicum und lokal Röntgenbestrahlung in zwei- bis dreimaligen Sitzungen pro Woche von ¾—1½ Stunden Dauer verordnet; nach etwa fünf Monaten war Patientin völlig befreit von der Affektion und auch vom Hautjucken, aber ihre Haut schwarz wie die einer Mulattin. Aufser dieser Hyperpigmentation scheint die Röntgentherapie auch eine exfoliierende Dermatitis verursacht zu haben. Eine chronische Enteritis führte den Tod der Patientin herbei, nachdem ihre Haut — mit Ausnahme der Pigmentierung — wieder normales Aussehen angenommen hatte. Die Diagnose, Mykosis fungoides, war von mehreren Ärzten bestätigt worden.

Die Entwicklung eines Falles von Mykosis fungoides unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen, von CHARLES J. WHITE und FREDERICK S. BURNS-Harvard-University. Der 52jährige Patient, Farmer, hatte sich stets der besten Gesundheit erfreut und ging, wie Verfasser zu Beginn ihres umfangreichen Berichtes hervorheben, daran zu Grunde, dafs er zu rasch von seiner bösartigen Hauterkrankung durch die Röntgentherapie befreit wurde. Das Hautleiden begann im März 1902 mit einer leichten Eruption zwischen den Schultern und nahm dann allmählich zu, indem rot infiltrierte Stellen, grofsenteils von dicken, braunweifsen Schuppen bedeckt, an Rumpf, besonders Rücken, entstanden und je die älteren Stellen immer prominent und knötchenförmig wurden. Im Juni 1904 trat eine rote Stelle von etwa $2^1/_2$ cm Umfang an der Schamgegend auf und wich bald einem Geschwür von etwa Hühnereigröfse; in der Schamgegend traten weiterhin noch ähnliche vier Geschwüre mit derselben Entwicklung auf, ohne aber des Patienten Allgemeinbefinden besonders zu beeinflussen oder viel Beschwerden zu verursachen. Die Leistendrüsen waren geschwollen, ebenso das Skrotum (teils infolge Induration der Haut, teils vom Ödem unterhalb derselben). Am 29. Juni ward mit der Röntgenbestrahlung begonnen und im Verlauf von 54 Tagen dieselbe im ganzen 8 Stunden und 20 Minuten lang mit aller erdenklichen Vorsicht angewandt. Gerade zusammenfallend mit den Bestrahlungen der Geschwürsflächen an der Schamgegend stellte sich Temperaturerhöhung (allmählich bis auf 41° C) ein, was Berichterstatter als Folge von Resorption von diesen Geschwürsflächen aus, als eine Art Toxaemie, ansehen. Am 7. September erfolgte der Tod des Patienten, nachdem diese Geschwüre fast völlig geheilt waren. Genauer autoptischer Befund, histologische Beschreibung der primären Tumoren und des geheilten Ulcus unter Beigabe zahlreicher Abbildungen über den makroskopischen und histologischen Befund (Schnitte). Das Studium der einschlägigen Literatur lehrte Verfasser, dafs bis jetzt kein ähnlicher Fall beschrieben wurde, und sie ziehen daraus die Mahnung, dafs man hinfort noch vorsichtiger mit der Röntgentherapie sein müsse, da aufser der bekannten Gefahr von Dermatitis und Atrophie die noch weit gröfsere von Toxaemie und Tod aus ihrem Falle sich zeige.

An die Beschreibung dieser beiden Fälle (auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, 28. bis 30. Dezember 1905) schlofs sich eine längere Diskussion an. HYDE hob hervor, dafs nach seiner Erfahrung sehr viel davon abhängt, ob die Röntgenbehandlung im fungoiden oder im Vorstadium vorgenommen wird; beginnt man schon während des letzteren mit vorsichtiger Bestrahlung, so dürfte die Gefahr der Toxaemie eine viel geringere sein, und er kann von einem, auf diese Weise behandelten Fall berichten, der acht Jahre gedauert hatte, bei dem durch die Röntgentherapie alle erkrankten Stellen verschwunden sind, ohne zu residivieren, und Patientin 30 Pfund unter der Behandlung zugenommen hat. ELLIOT erinnert daran, dafs chronische Diarrhoe in vielen Fällen von Mykosis fungoides die Todesursache bildet und die Frage noch eine offene ist, ob es sich hierbei um Metastasen im Abdomen handelt oder andere Ursachen. FOX und CHARLES W. ALLEN berichten ebenfalls über aufserordentlich günstige Beeinflussung der Mykosis fungoides durch Röntgenstrahlen, letzterer unter Hervorhebung des Beginns im praemykotischen Stadium.

L. DUNCAN BULKLEY hat vielleicht ein halbes Dutzend Fälle von Mykosis fungoides beobachtet, drei davon während der letzten zwei Jahre, wo er die Röntgentherapie anwandte und zum Teile geradezu glänzende Resultate damit hatte; in einem sehr hartnäckigen Falle hatte der Patient während der Behandlung, wo enorme Schwellungen der Leistendrüsen zurückgingen, geschwürige Flächen am Kopf ausheilten, das heftige Jucken völlig verschwand, mehrere heftige Anfälle von Toxaemie

wovon er sich aber stets wieder erholte. Louis A. Duhring bezweifelt, ob in Whites Fall der Tod die Folge der Röntgenbehandlung war. Persönlich hat er manche merkwürdige Erfahrungen mit der Mykosis fungoides gemacht, in einem Falle war die Röntgentherapie ohne Einfluſs und subcutane Arsenikbehandlung brachte bedeutende Besserung. Im Allgemeinen enden jedoch alle Fälle nach drei bis fünf Jahren tötlich.

Vorläufige Mitteilung über die Anwesenheit von Indican im Urin bei Dermatitis herpetiformis, von F. Engman - St. Louis. Aufser in sechs eigenen, genauer untersuchten Fällen konnte Verfasser noch aus Mitteilungen über acht weitere Fälle anderer Ärzte die Anwesenheit von Indican im Urin als Begleiterscheinung dieser chronischen, remittierenden Hautaffektion und zwar stets zu Zeiten der Exacerbation feststellen. Die Salpeter-Salzsäure-Probe ist die am häufigsten angewandte und die Intensität der dabei sich entwickelnden Färbereaktion bedeutet die relative Menge des vorhandenen Indicans. In allen sechs Fällen Engmans waren eosinophile Zellen in hohem Prozentsatz im Blute und Blaseninhalt vorhanden, und er kam daher zu der Ansicht, dafs ein gewisser Zusammenhang zwischen Eosinophilie und Indicanurie besteht. Diese Coincidenz, deren genaue Natur er übrigens nicht zu erklären vermag, findet sich sehr häufig bei Toxaemie oder bei Krankheiten, wo irgend ein tierischer Parasit eine kausale Rolle spielt. Die Toxaemie kann durch abnorme Gärungsvorgänge oder andere Bedingungen im Darme verursacht sein. Da nun Diarrhoe oder Obstipation, abwechselnd vorkommend, die Regel bei Dermatitis herpetiformis ist, so glaubt Engman, dafs letztere auf verschiedenartige toxische Körper, wovon einer die spezielle, oben angegebene Reaktion gibt, zurückzuführen ist. Als Beispiel erwähnt er noch einen Fall, wo auf Joddarreichung typische Dermatitis herpetiformis mit Indicanurie auftrat. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 5.

Über den Stoffwechsel bei den Dermatosen. Teil III. Der Harn der Psoriatiker, von L. Brocq und J. Ayrignac. Hatten die beiden früheren Abhandlungen den Stoffwechselchemismus bei den Dermatosen im allgemeinen zum Vorwurf, so beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der chemischen Zusammensetzung des Harns der Psoriatiker.

Die Ausbeute der recht mühseligen und zeitraubenden Untersuchung ist, wie die Verfasser selbst betonen, eine verhältnismäfsig geringe. Sie wird in einigen kurzen Leitsätzen am Schlufs der Arbeit zusammengefafst. Um aus der Harnanalyse Schlüsse ziehen zu können, mufs man vor allem die Ernährungsweise des Psoriatikers genau kennen, denn die chemische Zusammensetzung des Harns ist von ihr unmittelbar abhängig; das erhellt klar aus den zahlreichen Tabellen, die der Arbeit beigegeben sind und die sich auf ungefähr 300 Harnanalysen stützen. Auf Grund dieser Untersuchungen stellen die Verfasser die Behauptung auf, dafs der Harn der Psoriatiker keine charakteristische Zusammensetzung besitzt, obschon wiederum kein Urin einen normalen Chemismus aufweist.

Zur Untersuchung wurden nur Fälle von Psoriasis vulgaris vera herangezogen, d. h. Fälle, bei denen sich die Epidermis in feinen Lamellen von der darunter liegenden glatten, rohen, glänzenden Fläche abheben liefs und bei denen sich mikroskopisch mikrobienfreie Mikroabscesse finden. *Türkheim-Hamburg.*

La Syphilis.

Band IV, Heft 5. Mai 1906.

I. **Vorlesungen über Syphilis aus der Mittwochs-Poliklinik** von Gaucher-Paris, berichtet von Lévy-Bing. In der Vorlesung vom 8. März 1905 stellte Gaucher vor:

1. Ein **Gumma** des Oberkiefer und des Gaumens bei einem 36jährigen Manne, welcher vor 17 Jahren Syphilis erwarb und damals nur eine Pillenkur durchmachte, ohne später je wieder behandelt zu werden.

2. Einen Fall von **Leukoplakia lingualis und Carcinom** bei einem 56jährigen, der vor zehn Jahren Lues erwarb und schlecht behandelt wurde. G. betont, dafs die Entwicklung von Carcinomen der Zunge bei schlecht oder gar nicht behandelten Syphilitikern nicht selten ist.

3. Ein **Quecksilberexanthem** der Haut nach einer Behandlung mit Protojodürepillen. Er betont dabei, dafs bei Patienten, welche eine mehr oder weniger starke Abneigung gegen Merkur haben, geringere Dosen zur Behandlung der Lues genügen, weil das auf die Syphilis einwirkende Quecksilber bei ihnen länger im Körper verweilt und daher intensiver wirkt.

4. Eine Kombination von **ulcerierten Frostbeulen und hereditärer Syphilis** bei einem 20jährigen. Die Frostbeulen treten jeden Winter auf. Die Anzeichen der hereditären Syphilis werden besonders durch den Augenbefund festgestellt.

5. Zwei weitere Fälle von **hereditärer Syphilis** bei einem dreijährigen Kinde, bei dem die Erscheinungen unter antiluetischer Therapie anfangs gut zurückgingen, aber oft rezidivierten, während schliefslich die Therapie versagte, so dafs das Kind jetzt weder sprechen noch laufen kann, und bei einem achtjährigen Kinde mit kongenitaler Gaumenspalte, Hutchinsonschen Zähnen, Augenstörung usw.

Am 15. März 1905 wurden vorgestellt:

1. Ein Fall von **syphilitischer Albuminurie** bei einem 48 Jahre alten Manne. Die Albuminurie schwindet bei antiluetischer Therapie.

2. **Ostitis luetica** der Nasenknochen.

3. Einen Fall von **Syphilis und Diabetes** bei einem 56jährigen, mit Furunkeln versehenen Manne. Vor 40 Jahren hatte Patient Syphilis und wurde damals nur zwei Monate lang behandelt, seitdem nie wieder. Es besteht Pupillenstörung. Ein anderer Kranker, 61 Jahre alt, hatte vor 33 Jahren Lues und jetzt Diabetes, ein dritter Diabetiker hatte vor zwei Monaten luetische Ulcera. Unter antiluetischer Therapie heilten die Ulcera, während der Zuckergehalt schnell abnahm. Solche Kombinationen von Syphilis bei Diabetikern sind gar nicht selten, vielmehr hat ein grofser Teil der Zuckerkranken Syphilis gehabt oder auch ist hereditär-syphilitisch.

4. **Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica.** G. bespricht dabei den Unterschied von Psoriasis vulgaris und syphilitica.

5. Einen **gangränösen Schanker** der Vorhaut, der sich schliefslich, nachdem er lange Zeit als Ulcus molle betrachtet worden war, als Ulcus durum entpuppte und dann unter Merkur heilte.

6. **Multiple Gummata** bei einem gut behandelten Luetiker kurz nach Erwerbung der Krankheit.

Am 28. März 1905 kamen zur Besprechung:

1. Mehrere Fälle von **extragenitalen Schankern** am Kinn und an der Unterlippe.

2. Ein Fall von **Tuberkulose und Syphilis** bei einer 18jährigen Frau, welche von Geburt an Tuberkulose hatte und vor einem Jahre Lues akquirierte; ein weiterer ähnlicher Fall bei einer Hereditär-Luetischen, welche jetzt Lupus hat. Ein dritter

Fall von Lupus und Syphilis, ebenso wie ein vierter bei einem 48jährigen Manne. Bei allen bewährte sich die Behandlung mit Injektionen von Hydrargyrum benzoatum gut.

3. **Stomatitis mercurialis** bei einem 20jährigen jungen Mädchen infolge von Injektionen mit Hydrargyrum benzoatum. Nach Aussetzen der Injektionen und Anwendung lokaler Behandlung erfolgte schnell Heilung.

4. Ein Fall von **erworbener Syphilis bei einem Hereditär-Luetischen.** Daran knüpft G. Betrachtungen über Immunität.

5. Vier Fälle von **Leukoplakia lingualis**: alle betreffen Patienten, welche vor sehr langer Zeit (20—30 Jahren) Syphilis hatten und entweder gar nicht oder nur sehr ungenügend behandelt worden sind.

Am 17. Mai 1905 stellte Gaucher vor:

1. **Konzeptionelle Syphilis** bei einer Frau von 24 Jahren, welche jetzt Tertiärerscheinungen zeigt, ohne früher je Primär- oder Sekundärsymptome gehabt zu haben. Die Frau hatte eine Fehlgeburt, gebar aber, da sie während der zweiten Schwangerschaft energisch und dauernd behandelt wurde, dann ein gesundes, ausgetragenes Kind. Ein zweiter Fall betrifft eine 64jährige Frau, welche noch 28 Jahre nach Empfang der Syphilis Ulcerationen am Schenkel hat.

2. **Hereditäre Knochensyphilis** bei einem 17jährigen Mädchen an der Nase und Stirn, sowie am Gaumen. Ferner hat sie eine linksseitige, angeborene Coxalgie, sicher luetischer Natur.

3. **Spät auftretende Sekundärerscheinungen** bei einem Patienten, welcher vor 15 Jahren einen Schanker hatte und damals von Fournier behandelt wurde. Jetzt zeigen sich Papeln am Scrotum.

4. **Syphilisrezidiv.** Patient I hatte eine Roseola luetica, welche bald nach Injektionen schwand, aber bereits nach sehr kurzer Zeit wieder erschien. Fall II betrifft ein Mädchen mit hereditärer Syphilis und besonders starken Knochenerscheinungen, Fall III eine Frau, die ebenfalls eine zweite Roseola hat. Diese „Roséoles doublées" sind nicht selten, man beobachtet zuweilen drei bis vier „Roséoles en retour" nacheinander.

5. Einen Fall von **Hysterie, Neurasthenie und Syphilis** bei einem 29jährigen Manne, der sich vor zehn Jahren infiziert hatte und seitdem unregelmäßig mit Pillen behandelt worden ist. Vor zwei Jahren zeigte er zuerst hysterische Erscheinungen und Parästen, Gedächtnisschwund, Aphasie, Anästhesie am Pharynx und an der Conjunctiva. Allmählich ist der Mann neurasthenisch geworden.

Am 31. Mai 1905 kamen zur Besprechung:

1. **Syphilis hereditaria** bei einem Kinde, welches im achten Monat geboren wurde. Es hat jetzt ein papulo-squamöses Exenthem, Pemphigus an Händen und Füßen und Plaques im Munde. Die Mutter bietet keine Erscheinungen von Syphilis, aber sie hatte in erster Ehe einen syphilitischen Mann, so daß sie konzeptionell luetisch ist. Sie heiratet einen gesunden zweiten Mann und gebiert demselben ein luetisches Kind.

2. **Iritis luetica recidiva.** Eine 22jährige Patientin mit der seltenen Erscheinung eines Rezidivs einer Iritis des rechten Auges, begleitet von Synechien.

3. Eine Frau mit **Syphilis acneiforme** der Stirn und **Ostitis** des Oberkiefers mit vollständiger Zerstörung des Alveolarrandes.

4. Eine Frau, welche eine Zerstörung am Knochen des Oberkiefers zeigt und gleichzeitig **Tabes** hat. Die frühere Syphilis wurde nicht rechtzeitig erkannt.

5. **Syphilis maligna praecox** bei einem 37jährigen, bei dem der Schanker gangränös gewesen war. Er erhielt daher sofort Injektionen von Hydrargyrum benzoatum. Schon vier Monate nach der Infektion traten Gummata auf, welche sich trotz

der Behandlung vergrößerten. Jegliche Behandlung versagte, selbst Jod brachte nur langsam einen Stillstand der Gangrän.

6. Zwei Kranke mit **akuter Syphilis**, welche beide keine Ahnung ihres Leidens hatten, trotz der sehr ausgesprochenen Erscheinungen.

Am 14. Juni 1905 stellte GAUCHER vor:

1. **Syphilis hereditaria tarda** bei einem 37jährigen Manne; derselbe bietet ein typisches hereditärluetisches Aussehen, Augenerscheinungen. Seit sieben Jahren stellten sich Läsionen der Knochen und Ulcerationen im Gesicht ein, welche anfangs als tuberkulös angesehen worden waren. Eine antisyphilitische Kur brachte Heilung.

2. Eine **Leukoplakia lingualis**, welche unter spezifischer Behandlung heilte.

3. Eine **Lymphangitis gummosa** des Rückens des Gliedes.

4. **Osteo-Periostitis gummosa** der Handwurzel, welche den Eindruck einer Tuberkulose machte. Spezifische Behandlung beweist die syphilitische Natur.

II. **Beitrag zum Studium der Injektionen mit wässerigen Lösungen von Hydrargyrum bijodatum**, von BARTHÉLEMY und LÉVY-BING. Im Gegensatz zu DANLOS, welcher den Injektionen von Hydrargyrum bijodatum eine Mischung von Anaestesin und Phenylsulfosäure zusetzt, um die Schmerzhaftigkeit zu mindern und Indurationen an der Einstichstelle zu verhindern, benutzten Verfasser stets große Injektionen von einer angewärmten wässerigen Lösung von Hydrargyrum bijodatum ohne jeglichen Zusatzes eines Anästhetikums. Sie sahen bei dieser Behandlung niemals Infiltrationen der Einstichstelle, wenn die Injektionen mit genügend langer Nadel ausgeführt wurden. Um nun festzustellen, ob die DANLOSschen Injektionen schmerzlicher seien als die bisher von den Verfassern angewandten, führten Verfasser an 37 Patientinnen Versuche mit beiden Präparaten aus. Das Resultat war, daß zuweilen das eine, zuweilen das andere schmerzloser war, jedenfalls war kein wesentlicher Unterschied festzustellen. Dagegen hat die Injektion MIDY, wie die von DANLOS empfohlene genannt wird, verschiedene Nachteile; sie kristallisiert leicht bei sinkender Temperatur und muß dann erst wieder zum Gebrauch stark erwärmt werden, um die Kristalle zu schmelzen. Sie erfordert daher sehr weite Nadeln und ist daher umständlich; auch ist sie auf die Dauer durch den Zusatz der nicht indifferenten Anästhetika toxischer als die Lösung der Verfasser. Nach alledem halten die Verfasser ihre wässerige Lösung von Hydrargyrum bijodatum ohne jeden Zusatz für die geeignetere.

III. **Über Spirochaeta pallida SCHAUDINN als Erreger der Syphilis**, von GEORGES THIBIERGE. Um einen Mikroorganismus als den absoluten Erreger einer bestimmten Krankheit festzustellen, muß er folgenden Bedingungen entsprechen:

1. Er muß sich in allen Symptomen dieser Krankheit oder wenigstens an allen wesentlichen und virulenten Krankheitsstellen finden lassen.

2. Er darf eben nur bei dieser bestimmten Krankheit vorkommen.

3. Man muß ihn in Reinkulturen züchten können von den Stellen, von welchen man ihn abimpft.

4. Er muß überimpfbar sein und seine Reinkultur muß bei Gesunden dieselbe Krankheit durch Impfung hervorrufen.

Wie verhält sich zu diesen Forderungen die Spirochaeta pallida?

Die Bedingung 1 erfüllt die Spirochaeta pallida vollkommen; man findet sie nicht nur an allen Stellen einer manifesten sekundären Syphilis, sondern sie wurde verschiedentlich auch in den bisher von den meisten Forschern für nicht ansteckend betrachteten Gummata der Tertiärperiode gefunden. Ebenso ist Bedingung 2 erfüllt, indem sich Spirochaeta pallida bei keiner anderen Krankheit als nur bei der Syphilis auffinden ließ. Es entspricht also dieser Mikroorganismus entschieden den ersten

beiden Forderungen. Was nun die weiteren Bedingungen betrifft, so sind diese zwar noch nicht erfüllt, es ist noch nicht gelungen, Reinkulturen der Spirochäten zu züchten, und es ist daher auch natürlich unmöglich, durch Überimpfung von Reinkulturen auf andere Individuen Syphilis zu erzeugen; immerhin aber steht Verfasser auf dem Standpunkt, dafs, wenn auch in der Kette dieses Glied noch fehlt, es sich in der Spirochaeta pallida um den wahren Erreger der Lues voraussichtlich handelt, und dafs es hoffentlich bald gelingen wird, auch Reinkulturen zu schaffen, um so den letzten Zweifel endgültig lösen zu können.

III. Ein neuer Grund des Irrtums in der Untersuchung der Syphilis bei den Allgemeinparalytikern, von L. Marchand-Paris. Zwei Beobachtungen Marchands zeigen, wie schwer oft bei Paralytikern die Nachforschung nach Syphilis ist. Bei den beiden Patienten war nie eine Eruption gesehen worden, es besteht keine Narbe. Auch bei den Gatten und Kindern ist keine Syphilis nachzuweisen, beide Kranken erscheinen normal. In solchen Fällen mufs man sehen, ob die Grofseltern syphilitisch waren. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dafs die Paralyse im Anfangsstadium schwer zu diagnostizieren ist, und dafs daher die Familien in dieser Krankheitsperiode meist keinen Arzt befragen. Bei Fall I stellte die Frau zufällig fest, dafs der Mann Syphilis gehabt hatte, während der Mann beim Eintritt ins Krankenhaus jede Syphilis bestritt. Bei Fall II erinnerte Patient, dafs er früher Lues gehabt hätte, während die Paralytiker oft tatsächlich vergessen, dafs sie früher syphilitisch waren. Jedenfalls ist die gröfste Zahl der Paralytiker sicher luetisch gewesen resp. zeigt noch Zeichen von Lues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Zur Serumtherapie des Scharlachs, von C. Zuppinger-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Während das Marmorekscbe Antistreptokokkenserum niemals Wirkung hatte, ergab das Moserscbe Serum einen direkten Einfluſs auf die allgemeine Vergiftung bei Scharlach. Geringer oder zum mindesten weniger auffallend scheint die Wirkung des Serums auf die lokalen Infektionsprozesse in Nase, Rachen usw. zu sein und da dieselben meist erst nach dem dritten Krankheitstage ihre deletäre Wirkung entfalten, ist es auch für die Fälle mit vorherrschenden lokalen Infektionsprozessen wichtig, möglichst frühzeitig zu injizieren.

Wie bei frühzeitiger und genügend reichlicher Injektion und bei zuverlässigem Serum die Prognose mit einem Schlage sich ändern kann, zeigt der Fall eines fünfjährigen Mädchens, das mit absolut letaler Prognose in das Kronprinz-Rudolf-Kinderhospital am zweiten Krankheitstage gebracht wurde. Frühzeitig konnten ihr daher die erforderlichen Serummengen (hier sogar 300 ccm) eingespritzt werden.

Z. schildert den Eindruck, den er von der Serumwirkung hatte, folgendermafsen: „Tags darauf trauten wir kaum unseren Augen, als wir das Kind, das wir ohne Serumtherapie für verloren halten mufsten, relativ munter, frisch und spielend im Bette sitzend antrafen. Innerhalb 24 Stunden war die Körpertemperatur ohne Kollaps um 3,4° gesunken und stieg erst später wieder bei Ausbruch einer schweren Nephritis an. Wie intensiv diese kurz andauernde Intoxikation war, sahen wir daraus, dafs der Puls dieses Kindes noch nach 14 Tagen klein und stark unregelmäfsig war.“

Bei den im ganzen 28 Fällen wurde meistens die volle Dosis von 200 ccm, einmal wurden sogar (s. oben) 300 ccm und einige wenige Male 100 bezw. 150 ccm injiziert. Von diesen, meist schweren Krankheitseindruck machenden Fällen, starben fünf.

Serumexantheme wurden in 15 Fällen in harmloser Äufserung beobachtet.

Leider steht dieses Serum auch heute noch nicht auf der idealen Stufe des Diphtherieserums, manche Schwierigkeiten sind noch zu überwinden und die Abgabe von minderwertigem Serum beeinträchtigt bedeutend den Erfolg. Eines steht aber doch sicher fest, dafs das Moserssche Scharlachserum, zu rechter Zeit, in voller Dosis und Vollwertigkeit in geeigneten Fällen angewendet, ein mächtig wirkendes Spezifikum gegen das Scharlachgift ist, das in den schwersten Fällen bis jetzt allein das Leben retten kann. „Und wenn wir uns entschlossen, von dieser Stelle aus hierüber zu sprechen, fühlten wir uns hierzu durch eine jüngst erschienene Publikation bestimmt, die geeignet ist, den Wert des Moserschen Scharlachserums in den Augen der Unerfahrenen herabzusetzen, während wir von dem Wunsche beseelt sind, dieser Therapie eine möglichst grofse Verbreitung zu verschaffen, allein nur im Lebensinteresse der Scharlachkranken." *Arthur Rahn-Berlin.*

Über das Moserssche Scharlachserum, von Rudolf Bukowski-Teschen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Zwar waren die Scharlachfälle in Teschen seit 1903 weniger schwer aufgetreten, aber immerhin gab es doch noch lästige und bedenkliche klinische Erscheinungen, die den Einfluſs eines Mittels wohl zur Geltung brachten. Namentlich herrschten nervöse Symptome, hohes Fieber und besonders schwere Angina vor. Zunächst wurden 15 ausgewählte schwere Fälle mit Serum behandelt. Die Spritze faſste 100 ccm; bei Einspritzungen von 100 ccm wurde nur einmal, bei Injektionen von 200 ccm an zwei Stellen rechts und links unter die Bauchhaut eingestochen. Später hat B. eine zweite Serie von Kindern, und zwar elf mit Moserschem Serum behandelt.

Auffällig war die Herabsetzung von Puls und Temperatur und die Hebung der lästigen nervösen Symptome; die teilnahmslosen Schwerkranken machen einen frischeren Eindruck, und selbst dort wo die Angina noch einige Tage fortbestand, gingen wenigstens die subjektiven Beschwerden zurück, und was sehr wesentlich ist, das so leicht zu fürchtende Scharlachdiphtheroid scheint direkt verhütet zu werden.

Die günstige Einwirkung des Moserschen Scharlachserums wird durch die an sich leichte Serumkrankheit wohl nicht wesentlich beeinträchtigt.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur Serumtherapie des Scharlachs, von W. K. Menschikoff-Kasan. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 49 u. 50.) M. hat im ganzen 30 Scharlachfälle mit Serum behandelt, und zwar hat er in zehn Fällen das Moserssche Serum, in den übrigen ein von Sawtschenko-Kasan dargestelltes angewendet. Verfasser hat ohne Unterschied leichte wie schwere Fälle damit behandelt; in manchen der schwereren Fälle injizierte er 180—200 ccm auf einmal oder 300 ccm in zwei Injektionen mit ein- bis zweitägiger Pause. Die Einspritzungen wurden in der seitlichen Bauchgegend subcutan vorgenommen, und zwar auf einer Seite, wenn nur 100 ccm, auf beiden Seiten, wenn mehr Serum verwendet wurde, und wurden bis auf geringe Schmerzhaftigkeit in einzelnen Fällen an der Injektionsstelle bei Bewegung oder Berührung ziemlich gut vertragen. Das Serum wurde zuweilen auf 37° C. erwärmt, manchmal aber auch unerwärmt eingespritzt; ein Unterschied war nicht festzustellen. Es folgen die 30 Krankengeschichten. Über den Einfluſs des Serums äufsert sich M. dahin, dafs der Verlauf des Scharlachs bei Anwendung desselben günstiger sich gestaltete. In der Mehrzahl der Fälle sank die Temperatur kritisch nach 1—1½ Tagen um 2—3°. Gleichzeitig mit dem Fieberabfall wurde der Puls voller, die Atmung regelmäſsiger

und seltener. Nach 24, zuweilen bereits nach 12 Stunden besserte sich das subjektive Befinden, die Somnolenz und die Delirien hörten auf, der Schlaf wurde ruhiger, der Appetit hob sich, die Kopfschmerzen verschwanden. Vorhandene Diarrhoen hörten 24 Stunden nach der Injektion auf. Das cyanotische Exanthem wurde binnen 24 Stunden heller und verschwand früher als gewöhnlich. Die Beläge auf den Tonsillen verschwanden nach zwei bis drei Tagen, die Schwellung an Tonsillen und weichem Gaumen nahm ab. Bei der Scharlachdiphtherie begrenzten sich die Nekrosen schon am Tage nach der Injektion und verschwanden bald vollständig; auch die Drüsenschwellung ging zurück. Je früher das Serum angewandt wird, desto schneller tritt die Besserung ein. Die Komplikationen werden dadurch nicht beseitigt, aber milder gestaltet. Von den mit Moserschem Serum behandelten Fällen zeigten vier eine sechs Wochen anhaltende Albuminurie, von den mit dem dortigen Serum behandelten 20 Fällen hatte keiner Nephritis. In zwei Fällen trat Orchitis auf; in keinem Fall kam es zu Otitis oder Vereiterung der Drüsen. Von den zehn mit Moserschem Serum behandelten Fällen bekamen neun, von den 20 mit einheimischem Serum behandelten zehn Erytheme in Form von Morbillen oder Urticaria, die gegen Ende der zweiten Woche nach der Injektion auftraten, oft von einer leichten Temperatursteigerung begleitet. Zweimal traten kurzdauernde Ödeme im Gesicht und an den Armen auf, einmal eine Schwellung der Inguinal- und Axillardrüsen unter Temperaturerhöhung. Die Anschwellung war hart und schmerzhaft und verschwand nach einigen Tagen. Gelenkschmerzen waren selten und verschwanden schnell. Als Indikation zur Wiederholung der Seruminjektion betrachtet M. hohe Temperatur, kleinen und frequenten Puls und schweren Allgemeinzustand und befürwortet die Anwendung des Serums in den ersten drei bis vier Tagen. *Putzler-Danzig.*

Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum, von O. Garlipp. (*Med. Klinik.* 1905 Nr. 51.) Nach Beschreibung von neun Fällen von Scharlach, die mit dem Moserschen Serum in der Universitäts-Kinderklinik der Charité behandelt waren, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist zuzugeben, daſs in dem Moserschen Serum ein Stoff oder eine Kraft enthalten ist, die auf das Fieber und das Allgemeinbefinden bei leichten und vielleicht mittelschweren Scharlachfällen einen gewissen günstigen Einfluſs auszuüben vermag. 2. Ob diese Wirkung eine spezifische ist, kann nicht behauptet werden. 3. Jedenfalls ist diese Wirkung bei weitem nicht groſs genug, um gegen die Gefahren, mit denen das Leben durch die Scharlachinfektion bedroht wird, einen wirksamen Schutz zu gewähren. 4. Es erscheint sehr fraglich, ob im Einzelfalle der geringe Nutzen nicht durch gröſseren Schaden (Überschwemmung mit sehr groſsen Mengen artfremden Serums) überwogen wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs, von Béla Schick-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 52.) Während Escherich, Pospischill, v. Bokay, Papakostopulos, Shaw und zahlreiche russische Autoren (z. B. Wlassiljewsky, Kolly, Egis, Hippius, Winokuroff, Dreyer, Speránsky, Jarcho, Serébrennikowa Glinskaja, Meſschikoff, Jassny und Mizkiewicz) die spezifische Beeinflussung des Scharlachprozesses durch das Moserschе Serum rückhaltlos anerkennen, sind es Heubner, Mendelsohn, Ganghofner, Quest und ganz vereinzelte russische Autoren (Stefanski), die sich bisher von einer wesentlichen Beeinflussung des Scharlachverlaufes durch dieses Serum noch nicht haben überzeugen können.

Moser hatte von Anfang an betont, daſs die günstige Beeinflussung des Scharlachprozesses durch sein Serum in erster Linie sich auf die Beobachtung am Krankenbette stützt; ferner verlangte er, nicht unter 200 ccm zu gehen. Ebensolches betont Schick. In zwei (von 60) Fällen spritzte Sch. sogar 400 ccm ein, in weiteren 17 Fällen je

200 ccm vollwertiges Serum, und in den übrigen Fällen kam er mit 100—150 ccm aus. Aber auch Sch. fordert, um der Nachprüfung gerecht zu werden, möglichst bei mindestens 200 ccm zu bleiben, denn es war sehr auffällig und in vorteilhaftem Sinne auffallend, daſs gerade bei den mit viel Serum behandelten Fällen die Serumkrankheit nicht wesentlich zur Geltung kam.

Für die Praxis kommt es vor allem auch darauf an, bei schwerem Krankheitsbilde die Injektion niemals hinauszuschieben. Wenn die Kinder frühzeitig in Behandlung kommen, so injiziere man möglichst in den ersten zwei Krankheitstagen. Der dritte Krankheitstag ist der letzte Termin, an welchem man noch mit gröſster Wahrscheinlichkeit einen Erfolg der Serumbehandlung erwarten darf.

Arthur Rahn-Berlin.

Bericht über eine Masernepidemie in Mexiko, von Bernard L. Wyatt-San José (Tamenlipas, Mexiko). (*New York med. Journ.* 27. Jan. 1906.) Masern oder Saranpión (spanischer Ausdruck) herrschen in allen Teilen der Republik Mexiko; besonders häufig sind Epidemien in den zahlreichen Minenfeldern, wo die Eingeborenen dicht beisammen unter schlechten hygienischen Verhältnissen wohnen, und der Bericht Wyatts, welcher 81 Fälle umfaſst, bezieht sich zum groſsen Teil auf eine derartige Epidemie. Dieselbe kam im Herbst (1904) und Winter (1905) in San José bei 2250 Fuſs Höhenlage vor. Wiederholte Epistaxis war bei 55% dieser Fälle eine Prodromalerscheinung. Koplik's Flecken wurden in zirka der Hälfte der Fälle konstatiert, das Fieber ging selten über 39,5° hinaus; im allgemeinen war der Verlauf der Affektion der gewöhnliche, Rekonvaleszenz meist ungestört. Komplikationen waren weder so häufig noch so ernster Natur wie meist bei den Epidemien in den Vereinigten Staaten, Bronchopneumonie kam nur zweimal vor. Enterocolitis war eine häufige Folge, wie bei allen Masernepidemien in Mexiko (in 26% der Fälle), Otitis kam in 4% der Fälle vor usf. Trotz der schlechtesten hygienischen Verhältnisse, unter welchen die Patienten lebten, starben nur zwei derselben. Die Behandlung bestand nur in resp. Anwendung von Kalomel, Ipecacuanha und roborierenden Mitteln, obwohl der Eingeborene alle Viertelstunde irgendein Pulver nehmen und trotz der groſsen Wasserscheu seinen Leib mit allen möglichen Kräuterextrakten einsalben möchte.

Stern-München.

Die Inkubation der Masern, von G. v. Genersich-Koloszvár. (*Orv. Hetilap.* 1906. Nr. 6.) Die Dauer der Inkubation ist gut zu bestimmen und ist konstant. Zwischen Infektion und Auftreten des Exanthems vergehen 13 Tage, von welchen zehn symptomfrei verlaufen, drei in das Prodromalstadium fallen. Die Möglichkeit einer Infektion beginnt drei Tage vor dem Erscheinen des Exanthems und dauert bis zum Verschwinden desselben.

B. Kollarits-Budapest.

Klinische Blutuntersuchungen bei Masern, Scharlach und Varicellen, von Franz Erben. (*Zeitschr. f. Heilk.* 1904. H. VIII.) An der Hand von vier Masernfällen, zwei Fällen von Scharlach und einem von Varicellen unternahm Verfasser systematische Blutuntersuchungen bei diesen Erkrankungen, wobei die gröſste Aufmerksamkeit den mononukleären Leukocytenformen geschenkt wurde. In der Einteilung der Leukocyten folgt Verfasser Pappenheim, fügt aber den von demselben unterschiedenen noch eine Form hinzu — die „polynukleären Leukocyten ohne Granula". Zur Färbung wurde eine sich an die Aldehoffsche anlehnende Methode (ohne Fixierung) ausschlieſslich angewendet. — Weiter wurden vom Verfasser die Blutkörperchen gewählt, der Hämoglobingehalt bestimmt und Versuche zur Erforschung der hämolytischen und hämagglutinierenden Fähigkeiten des Blutes angestellt. — Verfasser berichtet eingehend über die Resultate dieser Untersuchungen und geht kurz auf eine Vergleichung und differentialdiagnostische Würdigung der Blutbefunde bei

Masern und Scharlach ein. Leukopenie bei Masern und Leukocytose bei Scharlach, hochgradige Verminderung der absoluten Zahl oder Verschwinden der eosinophilen Zellen während des Fiebers bei Masern, Erhaltenbleiben normaler absoluter Mengen von eosinophilen Zellen während der Fieberakme und folgende hochgradige absolute Vermehrung derselben bei Scharlach sind die gröberen Unterschiede. Die Art der Leukocytose während der Fieberakme beider Erkrankungen bringt einen feineren Unterschied. Bei Masern ist die polynukleäre Leukocytose dieses Stadiums durch das relativ viel stärkere Schwinden der mononukleären Leukocyten, namentlich der kleinen Lymphocyten gegenüber den neutrophilen Zellen, bedingt, bei Scharlach durch die starke Vermehrung der neutrophilen Leukocyten bei Intaktheit der übrigen Formen. Was die hämolytischen Versuche anbelangt, so sind nach Verfasser von den Änderungen der hämolytischen Fähigkeit (aktiven und passiven) bei Masern mehr die Erythrocyten, bei Scharlach mehr das Serum betroffen.

Die Untersuchung des Varicellenblutes ergibt folgendes: 1. Die Zahl der Leukocyten ist am Tage der Bläscheneruption hochnormal, doch nicht pathologisch. 2. Die Verhältnisse der einzelnen Leukocytenformen sind so geändert, dafs die Zahl der mononukleären Zellen die der polynukleären überwiegt. Der Einfluſs des Prozesses auf die eosinophilen Zellen läfst sich nicht konstatieren. Wir finden eine grofs- und kleinzellige Lymphocytose ohne pathologische Vermehrung der Zahl der Leukocyten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Fälle von Rezidiv bei Masern, von R. G. Leach-Ledesma, Argentinien. (*Lancet.* 23. Dez. 1905.) Verfasser berichtet über vier Fälle von Rezidiv an Masern binnen drei Wochen nach dem Überstehen der ersten Attacke. Es handelte sich um Kinder im Alter von elf Monaten bis zehn Jahren. Die Primärattacken waren nicht gerade durch besondere Milde ausgezeichnet, und die Rezidive waren so deutlich entwickelt, dafs an der Diagnose nicht zu zweifeln war. (Solche Rezidive sind ja freilich sehr selten, aber doch auch von anderer Seite beobachtet worden, ebenso wie ein nochmaliges Erkranken nach längerem Zwischenraum. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Masern ohne Exanthem, von Ludwig Merk-Innsbruck. *Zeitschr. f. Heilkde.* 1905. Nr. 10.) Über dieses Thema drücken sich die meisten Autoren sehr reserviert aus, nur Heubner, Seitz, Embden und jüngst Salzer berichten über seltene einschlägige Fälle.

Daher kommt Merk auf eine Masernepidemie, die sich in seinem eigenen Haushalte abspielte, zu sprechen, denn von den daselbst aufgetretenen fünf Masernfällen sind zwei nur mit einer Bronchitis und einem kaum irgendwie bedeutungsvollen Exanthem beteiligt, so dafs die Annahme von Masern ohne Exanthem sehr wahrscheinlich ist. Am 21. November 1904 erkrankte zunächst der achtjährige Sohn Fritz, nach diesem sechs Tage später das sechsjährige Mädchen, vier Tage später das vierjährige Mädchen, zwei Tage später der Vater und vier Tage später das jüngste (acht Monate alte) Kind. Die ersten drei hatten ein typisches Exanthem und die typischen Anfangserscheinungen im Gesicht; der vierte Fall aber (Verfasser selbst) hatte nur ein urtikarielles Exanthem, wie es schon der älteste Junge gezeigt hatte, und aufserdem fiel nur eine ziemlich schnelle und relativ hohe Temperatursteigerung mit Bronchitis von mittlerer Ausdehnung auf. Und das jüngste von Merks Kindern hatte eine ziemlich ausgedehnte, aber mit weniger Fieber begleitete Bronchitis und am zehnten Tage nach Auftreten des Fiebers ein urtikarielles, papulöses, leicht juckendes Exanthem über der Haut der beiden Glutäen. Merk zweifelt nicht, dafs die letzten beiden Fälle leichteste Morbilleninfektion durchgemacht haben, ohne auch nur eine Spur des typischen Exanthems zu zeigen.

Arthur Rahn-Berlin.

Ein Masernfall mit abnormalem Verlaufe, von Hrach-Przemýsl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) Im Garnisonlazarett wurde bei einem Oberkanonier ein eigenartiger Masernfall beobachtet, der deswegen so merkwürdig war, weil er acht Tage lang erst eine Peripneumonie mit hohem Fieber und schweren Delirien zeigte, bis schliefslich an Bauch und Brust sowie unteren und oberen Extremitäten ein makulöses Exanthem auftrat. Auf Grund dieses Exanthems und des ganzen Verlaufes diagnostizierte H. nun Masern, welchen eine Masernpneumonie voranging, so dafs das Exanthemstadium bis zur Eruption 14 Tage gedauert hatte. Es fand sich kein Milztumor; nach dem Verschwinden des Exanthems fiel auch die Temperatur rasch und es trat rasch Euphorie ein. Für die Richtigkeit der gestellten Diagnose sprach aber besonders noch der Umstand, dafs der Krankenpfleger, welcher diesen Kranken gepflegt hatte, mit ebensolchem Masernexanthem und einer Pneumonie erkrankte. Das Exanthem mufste besonders stark und von langer Dauer gewesen sein, da am Ende des Prodromalstadiums schwere Diarrhoen, von nachweisbaren Schwappen in der Ileozökalgegend begleitet, auftraten und mit heftigen Kopfschmerzen und Delirien einhergingen.

Arthur Rahn-Berlin.

Über Morbilli und Diphtherie sprach Hellstroem auf dem fünften Nordischen Kongrefs für innere Medizin (*Nord. Medicinskt. Arkiv.* Jahrg. 1905. Abt. II. Anhang). Er hatte in der Zeit von 1894—1903 die im Stockholmer Epidemiekrankenhause behandelten [Fälle zusammengestellt. Während diejenigen 117 Fälle, welche nach Erkrankung an Diphtherie von Morbillen befallen wurden, einen durchaus günstigen Krankheitsverlauf aufweisen, zeigte sich, dafs die an Morbillen Leidenden, welche von Diphtherie befallen wurdne, in einer enorm grofsen Zahl an Croup erkrankten und dafs viele starben. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Ätiologie der Otitis media acuta suppurativa post Morbillos, von Gustav Baab-Portland. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Die fünf Kinder eines Farmers, der aus dem ca. 8000 Fufs hoch gelegenen Portland (Oregon) nach dem nur 100 Fufs hoch gelegenen Portland (Oregon) gezogen war, erkrankten kurz hintereinander an Masern; es war auffallend, dafs bei allen auch eine Otitis acuta suppurativa sich einstellte, die durchaus nicht die gutartige Form hatte, wie sie Nadoleczny nach Masern auffafst. Vielmehr mufste bei dreien dieser Kinder infolge alarmierender cerebraler Symptome die Aufmeifselung des Warzenfortsatzes bezw. des Antrums und der Schädelhöhle vorgenommen werden, obgleich sorgfältige antiphlogistische und antiseptische Behandlungsweisen (Burow-Umschläge und Burow-Drainage nach vorsichtiger Ausspülung des äufseren Gehörganges mit warmer Borlösung oder Einträufelung mit H_2O_2 und Trockenlegung desselben) vorhergegangen waren. Das Auftreten dieser eitrigen Mittelohrentzündungen am Ende der zweiten Krankheitswoche scheint sehr gegen die allgemeine Ansicht, nach welcher die Masernotitiden auf primärer exanthematischer Basis entstehen sollen, zu sprechen. Die Tatsache, dafs sowohl in dem der Tiefe des äufseren Gehörganges entnommenen als auch in dem während der Operation unter streng aseptischen Kautelen dem Antrum resp. Warzenfortsatz und Extraduralabscesse entnommene Eiter immer derselbe Coccus — ein Staphylococcus — kulturell nachgewiesen wurde, dürfte letzteren wohl als Erreger der Krankheit erscheinen lassen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Masern und Schwangerschaft, von J. R. Nouvat. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 113.) Die Erkrankung an Masern ist für Schwangere sehr gefährlich. In zwei Drittel der Fälle kommt es zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft. In den ersten sechs Monaten in 60 %, in den drei letzten sogar in 80 % der Fälle. Maximum im achten Monat. Meist erfolgt der Abort gegen Ende der Erkrankung, gelegentlich auch während der Eruptionsperiode. In einem Viertel der Fälle kommt es zur

Frühgeburt während des Prodromalstadiums, in der Hälfte der Fälle während der eruptiven Periode, selten später. Dem Einfluſs der Bakterientoxine auf die Uterusmuskulatur scheint diese Komplikation ihren verderblichen Charakter zu verdanken. Die Prognose ist für Mutter und Kind ungünstig. Die Mortalität der Mütter beträgt 20 %, der Frühgeborenen mehr als 75 %. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Masern im Puerperium, von M. Campbell-Edinburg. (*Brit. Med. Journ.* 10. Feb. 1906.) Eine junge Primigravida setzte sich mit ihrem 6jährigen Bruder einer Infektionsgefahr aus. Am nächsten Tage zeigten beide die präcursorischen katarrhalischen Erscheinungen der Masern, und am zehnten Tage nachher erkrankte der Bruder mit hochgradigen Masern, am folgenden Tage in leichterer Weise die Schwester. Diese hatte inzwischen am vierten Tage nach der Infektion normal geboren. Das Kind wurde sogleich beim Ausbruch der Krankheit isoliert, entwickelte aber am sechsten Tage nach der Erkrankung der Mutter typische Masern. Bei allen erfolgte Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Prophylaxis der Masernkomplikationen, von Pinna. (*Il Policlinico.* 1905. Nr. 9.) Die allbekannten antiseptischen Bäder, Ausspülungen der Augen, Nasen- und Mundhöhle, des Rachens mit lauer Borlösung oder schwacher Permanganatlösung, häufiges Waschen der Leib- und Bettwäsche, Schützen der Körperoberfläche gegen auch die geringfügigsten Verletzungen; alles zum Vermeiden des Eintritts von sekundären Mikroorganismen in den Kreislauf. *C. Müller-Genf.*

Die Rötheln, von Augustin Saillant-Paris. (*Gaz. des hopitaux.* 1905, S. 1563—1569.) Verfasser, der während der letzten Rubeolenepidemie in Paris mehrere Fälle von Rötheln beobachtete, bespricht ausführlich die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose, Diagnose und Therapie der Erkrankung und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Rötheln stellen eine wohl charakterisierte Erkrankung dar, die sowohl von der Trousseauschen Roseola, als auch von Masern und vom Scharlach zu unterscheiden ist. 2. Die sogenannte „vierte", Filatow-Dukessche Krankheit ist nur als eine Varietät der Rötheln zu betrachten. 3. Bezüglich der „fünften" Krankheit, des Megalerythema epidemicum, hat Verfasser wenig Erfahrung, glaubt aber, sie als eine besondere Erkrankung auffassen zu müssen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Kenntnis des Erythema infectiosum, von Julius Fleischer-Wien-Hietzing. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) F. teilt einen Fall von „Erythema infectiosum s. contagiosum" (Sticker) mit, welches neun Kinder derselben Familie betraf und in der Weise verlief, daſs sich unter leichtem Fieber ein scharlachähnlicher Ausschlag einstellte. Derselbe begann im Gesicht mit einer intensiven Röte und Turgeszenz der Wangen, die sich rotlaufartig gegen die Nasolabialfalte scharf begrenzte; an Stirn und Ohrgegend zeigten sich einzelne bläulichrote Flecke; auf der Haut der oberen wie unteren Extremitäten fanden sich zahlreiche rötliche, bald blaſs, bald heller rötliche bis blaurötliche, stellenweise konfluirende, wenig über das Hautniveau erhabene Flecke. Die Haut am Stamm war bis auf einzelne Flecken an der Bauchhaut vollkommen frei. Nur frei von Eiweiſs. Bei einigen Kindern war der Stamm stärker befallen. Unter Bettruhe und Diät, lokalen Einpuderungen mit Zinkpuder oder Einfettung mit Zinkpasta ging die Erkrankung und das Erythem innerhalb fünf bis sechs Tagen zurück. *Putzler-Danzig.*

Einige Fälle von Megalerythema epidemicum, von André Moussous-Bordeaux. (*Archives de méd. des enf.* 1906. Nr. 2.) Das Exanthem befiel zuerst einen 13jährigen Knaben und erschien in den Hauptzügen wie eine schwere Urticaria, von welcher es sich aber wieder durch gewisse Eigentümlichkeiten unterschied. Hauptsächlich waren befallen das Gesicht, die oberen und unteren Extremitäten,

während auf der Stamme nur einige rote Flecken zu beobachten waren. Die Temperatur war kaum erhöht, auch sonst war keine krankhafte Erscheinung an den inneren Organen wahrzunehmen. Der Zustand überging nach acht Tagen in Heilung. Zehn Tage später erkrankte eine 11jährige Schwester des Patienten unter identischen Erscheinungen, acht Tage später bekam das Dienstmädchen des Hauses dieselbe Krankheit, während eine jüngere Schwester, die rechtzeitig isoliert wurde, verschont blieb. Die zuerst von Escherich und seinen Schülern beschriebene und von Sticker als epidemisches Megalerythem bezeichnete Krankheit zeigt ein voll definiertes nosologisches Bild und dürfte swischen die eruptiven fieberhaften Krankheiten und die primitiven infektiösen Erytheme zu setzen sein. *E. Toff-Braila.*

Über die vierte (Filaton-Dukessche) Krankheit, von Mouch. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 85. Bd. 1. u. 2. Heft.) Verfasser tritt entschieden für die Selbständigkeit der vierten Krankheit ein, die von den Rubeolen vielmehr als vom Scharlach differenziert werden mufs. Das Exanthem besteht aus kleinen dichtstehenden Punkten, die meist durch ein Erythem verbunden sind; es verbreitet sich sehr rasch, im Gesicht meist fleckenweise, Drüsenschwellungen sind nicht so ausgesprochen wie bei den Rubeolen, die Temperatur nicht übermäfsig hoch, fällt bis zum dritten Tage zur Norm, Puls entspricht durchaus der Temperatur, Allgemeinbefinden wenig gestört, Prognose durchaus gut. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Fälle der fünften[1] Krankheit, von E. de la Harpe. (*Rev. méd.* 1905. Nr. 11.) Beschreibung von fünf Fällen, die Verfasser bei Angehörigen einer und derselben Familie während zwei Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte. Der erste Fall betrifft ein 4jähriges Kind, das keine Masern durchgemacht hat; drei bis vier Wochen später erkrankten die übrigen Fälle (11-, 17-, 19- und 20jährige Mädchen), alle mit durchgemachten Masern in der Anamnese. In allen Fällen dauerte die Eruption nur einige Tage, um aber dann wieder zu rezidivieren. In einem der Fälle, der — wie alle übrigen — keine Lymphdrüsenvergröfserung zeigte, sind während des Rezidivs die axillaren und zervikalen Drüsen geschwollen. Da der Mangel der Lymphdrüsenschwellung als Unterscheidungsmerkmal zwischen den Rötheln und dem Megalerythema epidemicum hervorgehoben wird, könnte nach Verfasser die fünfte Krankheit in der weiteren Entwickelung in Rötheln übergehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beitrag zur Kenntnis des Typhus exanthematicus. Bemerkungen über einige in Tunis beobachtete Fälle, von F. Roberto Franco. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 80.) *Fritz Loeb-München.*

Vier Fälle von Flecktyphus, von A. Marcovich-Triest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) Dem Spitale für Infektionskrankheiten in Triest gingen am 21. April 1905 vier Matrosen von einem griechischen Dampfschiff aus dem Hafen von Pyräus zu, bei denen eine hohe Kontinua zwischen 39 und 40° und unter schweren Allgemeinerscheinungen ein Exanthem aufgetreten war. Der älteste der Patienten zeigte zahlreiche Roseolen im Gesicht, auf der Brust, den Schultern, am Rücken und Gesäfs, auf den oberen und unteren Extremitäten; auf den letzteren sowie auf der Brust vereinzelte winzige, rote Hauthämorrhagien; beim zweiten fanden sich die Roseolen an Brust, Schultern, auf der Streck- und Beugeseite der oberen Extremitäten, sowie Petechien an den Armen und Beinen, beim dritten waren nur sechs oder sieben Roseolen auf der Bauchhaut zu sehen, während der vierte, letztaufgenommene, Roseolen an Brust, Schultern, Extremitäten, aber keine Hämorrhagien aufwies.

---

[1] Bisher gab es nur eine vierte Krankheit, jetzt sind es deren schon fünf; wie lange wird es dauern und wir haben „Krankheit Nr. 219m“!

Die Blutuntersuchung auf Widalsche Reaktion, Malaria, Septikopyämie war negativ.

Nach Ausschluſs anderer schwerer Infektionskrankheiten wurde am fünften Tage die Diagnose Fleckthyphus gestellt; die prophylaktischen Maſsregeln waren von Anfang an streng.

Sämtliche Sekrete und Exkrete der Kranken und Gesunden wurden mit Lysollösungen zuerst desinfiziert, und dann die Wäsche zuerst in loco mit Karbollösung desinfiziert und dann in der Desinfektionsanstalt mit überhitztem Dampf sterilisiert.

Die Behandlung hatte in der Verabreichung von 0,05 Chinin täglich früh und abends nebst kalten Einpackungen, Bädern, Exzitantien bestanden. In der Rekonvaleszenz roborierende Diät. Nach 25 Tagen konnten drei Kranke geheilt entlassen werden. Der älteste der eingelieferten Matrosen starb nach kurzer Zeit infolge der diffusen Bronchiolitis bei starker Atheromatose der Aorta und Myodegeneratio cordis.

Da anzunehmen ist, daſs die Krankheitsvermittler Wanzen sind, so wurden die Matratzen und das Bettzeug der kranken Matrosen, die vom Dampfer zur Desinfektion zugeschickt worden waren, und die von Wanzen wimmelten, sofort verbrannt. An Bord selbst wurde eine ausgiebige Reinigung und Desinfektion sämtlicher Wohnräume durchgeführt; weitere Fälle von Fleckfieber sind danach nicht mehr aufgetreten.

Arthur Rahn-Berlin.

Histologie der Hautveränderungen bei Varizellen, von E. E. Tyzzer. (*Journ. Med. Research.* XIV Nr. 2.) Die Untersuchungen des Verfassers wurden an elf Fällen von Varizellen bei Erwachsenen vorgenommen. Bei allen wurden eigenartige Zellkern- und Hytoplasmaeinschlüsse gefunden, deren Erscheinen die erste Gewebsveränderung ausmachte und die in den Epidermiszellen wie auch in verschiedenen Koriumzellen angetroffen wurden. Die Zellkerneinschlüsse färben sich rot oder purpur durch die Eosinmethylenblaumethode und sind ein bis sechs Mikra groſs. Die Zytoplasmaeinschlüsse nehmen eine tiefe Purpurfarbe an und zeigen oft eine zentrale Körnung; sie sind selten über vier Mikra groſs. Für ihren parasitären Ursprung sind keine zwingende Beweise gefunden worden. Impfungen auf die Cornea von Kaninchen und in die Haut von Affen hatten negative Resultate.

Schourp-Dansig.

Ein Fall von konfluierenden Schafblattern mit sekundärem Fieber, von J. D. Rolleston. (*Brit. Journ. of children's dis.* Jan. 1906.) Der Fall betraf einen 5jährigen, sonst gesunden Knaben, welcher nach einer typischen Scharlacherkrankung von hohem Fieber (bis 41° C) und ausgebreiteter Schafblatterneruption befallen wurde. Nach zwei Tagen erreichte dieselbe ihr Höhenstadium, wobei von R. die Anzahl von 2185 Bläschen — am Rumpf 574, Oberschenkeln 511, Armen 392 usw. — gezählt wurden; es begann nun Eintrocknung und Inkrustierung der Bläschen, das Fieber hielt noch drei Tage an und wich ca. eine Woche lang normaler Temperatur; dieselbe stieg aber allmählich wieder an, um nach elf Tagen 39° C zu erreichen und dann plötzlich abzufallen. R. führt diese Fieberperiode auf die zahlreichen Eiterungsherde zurück, die sich unter den Krusten gebildet hatten und das Allgemeinbefinden sehr ungünstig beeinfluſsten. Da es also auch bei Schafblattern nicht möglich ist, aus dem Beginn auf die weitere Entwickelung zu schlieſsen, so hat er seit einem Jahre in prophylaktischer Weise Boraxbäder (30 g auf ein Gallon Wasser) morgens und abends angewandt und damit bedeutende Linderung der oft so heftigen Hautreizung erzielt. R. konnte übrigens in der Literatur nur wenige Fälle von so ausgedehnter Schafblatterneruption finden, worunter einen im Jahre 1805 von Ring publizierten.

Stern-München.

Varicella gangraenosa, von R. J. Blackham-Salisbury. (*Brit. med. Journ.* 4. Nov. 1905. Bericht über einen derartigen Fall bei einem fünf Monate alten Mädchen. Etwa ein halbes Dutzend der Bläschen wurden gangränös und heilten sehr langsam. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Spitzpocken mit Ichthyol, von Andrew Lovz-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Nov. 1905.) Russischerseits war Ichthyol innerlich und äufserlich bei Spitzpocken gelobt worden. In den letzten Glasgower Epidemien von 1902 und 1903 prüfte L. nach; er kam zu einem völligen negativen Resultat an 100 Fällen; sogar die externe Behandlung liefs im Stich und verzögerte eher die Reifung der Bläschen und deren Eintrocknung. *Arthur Rahn-Berlin.*

Epidemiologisches: Pocken und Cholera, von H. Böing-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1905. Nr. 44 und 45.) Uns interessieren hier die Pocken, die zu Ende des sechsten Jahrhunderts zum ersten Male in der abendländischen Literatur auftreten und seitdem nicht wieder verschwinden.

Was alles der Aberglaube, die Not der Kriege und der Zwang falscher Doktrinen heraufbeschwören kann, das lehrt die Geschichte der Seuchen und nicht zuletzt die der Pocken.

B. bespricht sodann die Verbreitung der Pocken in früheren Zeiten, und zwar durch freien Verkehr, durch die Schule, durch Pockenkaufen und durch die Inokulation.

Der Hygiene gegenüber stellen die Pocken, ähnlich der Cholera, alle die prophylaktischen Forderungen, die zur Unterdrückung der Seuchen als nötig sich erwiesen haben. Wenn wir auch gerade in der Kuhpockenimpfung direkt eine Bekämpfung der Pockenseuche in der Hand haben, so dürfen wir doch beim Auftreten der Pocken auch heute nicht die strengsten Isolierungs- und Desinfektionsmafsregeln aufser Acht lassen.

Hierher gehört zunächst alles, was die öffentliche Gesundheitspflege verlangt: Regulierung und Reinhaltung der Wasserläufe, Schutz vor Überschwemmungen, Beseitigung von Sümpfen und stagnierenden Gewässern, Sanierung des Bodens, Sorge für gutes Trinkwasser und reichliches Verbrauchswasser, rationelle Beseitigung der Fäkalien und sämtlicher Abfälle, öffentliche Badeanstalten, strenge Wohnungshygiene in Bezug auf Licht, Luft und Wohnungsdichte, Beaufsichtigung der Fabriken und Verkehrsanstalten, der Abortanlagen, Fleischbeschau, Nahrungsmittelkontrolle usw. Zusammenfassen lassen sie sich in dem einen Wort: Reinlichkeit.

Die zweite Aufgabe der Prophylaxe besteht in der Verhütung der weiteren Verbreitung des Erregers, wenn er trotzdem einmal Boden in der Bevölkerung gefunden hat. Wir kämpfen hauptsächlich mit drei Waffen, der Überwachung des Verkehrs, der Isolierung und der Desinfektion. Auch sie können mit Erfolg nur vom Staate und von der Gemeinde geführt werden.

Zur Erfüllung dieser beiden Hauptaufgaben der Prophylaxe kann aber auch der einzelne insofern beitragen, als er einerseits die von den Behörden angeordneten Mafsregeln sorgfältig beobachtet, die ihm durch das öffentliche Gesundheitswesen gebotenen Vorteile gewissenhaft benutzt und sich für seine eigene Person der gröfsten Sauberkeit nach allen Richtungen befleifsigt.

Von grofser Wichtigkeit ist ferner das persönliche Verhalten des Einzelnen, der Schutz, den er sich durch eine streng hygienische Lebensweise selbst gewährt und der mit zwei Worten ausgedrückt werden kann: Reinlichkeit und Vermeidung aller Exzesse. *Arthur Rahn-Berlin.*

Geschichte der Pockenepidemie im Charitékrankenhaus zu Lille im Jahre 1902—1903. Bemerkungen und klinische Tatsachen, von G. G. N. Taconnet (*Thèse de Lille.* 1905. Nr. 38.) *Fritz Loeb-München.*

Kurze Bemerkungen über die Luftübertragung der Pocken, von Claude B. Ker-Edingburgh. (*Edingb. med. Journ.* 1905. Heft 6.) Die Pockenhospitäler stehen bisweilen nach den Anordnungen des Gesundheitsamtes so weit getrennt und so in allem isoliert, daſs ihre Verwaltung oft recht umständlich wird. Es fragt sich daher, ob eine solche strenge Isolierung überhaupt angebracht oder ob nicht schon mit geringeren Hilfsmitteln der Gefahr der Luftübertragung seitens der Pocken zu begegnen ist.

Die Tatsachen sprechen dafür, daſs die also getroffenen Maſsnahmen der Gesundheitsbehörden hierin übertrieben sind. Ein Pockenhospital kann getrost neben einem Fieberhospital stehen, nur muſs bei der Nachbarschaft solcher Hospitäler auf Ventilation, Windrichtung u. a. m. verständiger und gewissenhafter geachtet werden; und daher ist auf die Auswahl des Pflegepersonals und auf eine umsichtige Verwaltung besonderes Gewicht zu legen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine, von Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Baucroft und Calkins. (*Presse méd.* 1905. Nr. 17.) Die Untersuchungen wurden während der von 1901—1903 in Boston wütenden Pockenepidemie an 1200 Kranken angestellt. Unter den verschiedenartigen Läsionen der Variola gibt es solche, die Pusteln, welche spezifisch genannt werden müssen und einen charakteristischen Parasiten enthalten. Sie sitzen in dem Niveau der Haut oder seltener der Schleimhaut. Neben diesen Läsionen gibt es, mit ihnen vergesellschaftet, andere, deren Infektiosität eine unbestimmte ist. Im Blut besteht eine Mononukleose, wie schon Weil und Progen seinerzeit festgestellt haben. Das Blut selber hat nach den vorliegenden Untersuchungen keine spezifisch infektiöse Kraft. Als Erreger der Variola wird ein Sporozoon, der Cytorrhyctes variolae angenommen. Er findet sich nur in der Haut und ist in den Zellen der Malpighischen Schicht eingeschlossen. Man unterscheidet an ihm ein cytoplasmisches und ein intranukleäres Stadium der Entwicklung. In beiden Stadien ist das Aussehen des Parasiten ein anderes. In Kulturen lieſs er sich nicht ziehen. An Macacus- und Rhesusaffen haben die Autoren erfolgreiche Impfversuche gemacht und auch bei den mit pustulösen Dermatosen erkrankten Tieren eine Mononukleose des Blutes gefunden. Generalisiert trat der Ausschlag bei den Affen aber nicht oder nur vereinzelt auf, meist blieb er auf die Umgegend der Impfstelle beschränkt. *Hopf-Dresden.*

Über die diagnostische und ätiologische Bedeutung der Variolakörperchen, von Jürgens-Berlin. (*Charité-Annalen.* XXIX. Jahrg.) Durch die Beobachtung einiger Pockenkranker und einer ganzen Anzahl pockenverdächtiger Fälle auf der Infektionsabteilung der Königlichen Charité war J. die Möglichkeit gegeben, schon im vorigen Jahre Untersuchungen über die ätiologische und insbesondere über die diagnostische Bedeutung der nach Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Kaninchenkornea auftretenden Guarnierischen Körperchen anzustellen. Auch kürzlich sind wiederum zwei Fälle von echten Pocken auf der II. medizinischen Klinik der Charité beobachtet worden, von denen der eine seinen schweren Leiden erlag. Es konnten daher auch genaue Untersuchungen der Haut und der inneren Organe des Pockenkranken vorgenommen werden. Auf die diagnostische Bedeutung der Guarnierischen Körperchen ist schon vorher von J. und anderen Autoren hingewiesen worden, und über die praktische Durchführbarkeit dieses diagnostischen Impfversuches hat J. erst kürzlich berichtet. Selbstverständlich soll aber dieses Tierexperiment lediglich ein diagnostisches Hilfsmittel darstellen; über die Natur dieser Körperchen, vor allem über ihre Identität mit den vermutlichen Variolaerregern ist dadurch noch nicht ausgemacht. Es sind zwei Fragen, die streng auseinander gehalten werden müssen.

Die diagnostische Verwertung des Impfversuches beruht auf einer eigentümlichen Reaktion der Kornea, die in der Wucherung des Epithels und in dem Auftreten der bekannten Körperchen in den Epithelzellen beruht, während die ätiologische Bedeutung dieser Körperchen durchaus noch nicht in befriedigender Weise geklärt ist.

Den früheren Mitteilungen über die praktische Durchführbarkeit dieser Untersuchungen kann J. hinzufügen, daſs auch bei den neuerdings beobachteten Variolafällen die klinische Diagnose durch diese Impfung ätiologisch begründet werden konnte. Etwas beeinträchtigt wird der Wert dieser diagnostischen Methode allerdings dadurch, daſs die histologischen Untersuchungen immer erst mehrere Tage nach der Impfung vorgenommen werden können. Zwar genügt für den geübten Beobachter das makroskopische Aussehen der Reaktion am lebenden Kaninchenauge, doch wird besonders in anscheinend negativen Fällen die mikroskopische Untersuchung der Kornea doch immer nachfolgen müssen. Am zweckmäſsigsten scheint nach J. folgendes Verfahren zu sein: Durch einen fast tangential geführten Stich einer sehr spitzen und scharfen, mit Pustelinhalt infizierten Lanzettnadel wird das Korneaepithel des Kaninchenauges verletzt. Um möglichst sicher zu gehen, können mehrere derartige Stiche angebracht werden, und hernach kann noch etwas Pustelinhalt auf diese verletzte Kornea gebracht werden. Diese Stiche brauchen nur so fein und oberflächlich zu sein, dass sie auch bei fokaler Beleuchtung nur eben sichtbar sind. Schon nach 12—24 Stunden treten eigentümliche Veränderungen auf. Die Impfstellen werden deutlicher sichtbar, bei guter Beleuchtung des Auges sieht man eine Wucherung des Epithels, ohne daſs eine ausgesprochene Trübung der Korneastellen vorhanden ist. Am zweiten Tage wird diese Wucherung meist so stark, daſs die Impfstellen deutlich aus dem Niveau der Korneaoberfläche heraustreten und als kleine durchsichtige Höcker sichtbar werden. Nach Impfungen mit Varizellenbläscheninhalt und überhaupt mit solchem Material, das nicht aus Variola oder Vaccinepusteln stammt, sieht man am Tage nach der Impfung eine viel geringere Reaktion. Die Impfstiche sind kaum dort sichtbar, nicht viel anders wie am Tage vorher, und auch später tritt keine Epithelwucherung auf, sondern es erfolgt sehr bald die Rückbildung und Verheilung der Verletzung, während nach einer Variola- oder Vaccineimpfung die Epithelwucherung in den nächsten Tagen noch zunimmt und sich auch noch weiter auf die nächste Umgebung erstrecken kann. Alsdann tritt meist die Abstoſsung des Höckers und damit Geschwürsbildung auf, und erst in der zweiten Woche, oder noch später, erfolgt die Vernarbung. Zur mikroskopischen Untersuchung der Impfstellen wählt man am besten den zweiten Tag nach der Impfung. Das Tier wird getötet und die Bulbi herausgenommen. Hierbei hat man sorgsam darauf Bedacht zu nehmen, daſs kein Blut auf die Kornea kommt, wodurch eventuell störende Verunreinigungen entstehen können. Die Impfstellen werden zum Teil in Sublimatalkohol fixiert und andernteils frisch untersucht. Man kann die ganze Kornea auf den Objekttisch bringen und mit mittlerer Vergröſserung untersuchen oder einen Schnitt aus der Epithelwucherung anfertigen, der die Untersuchung auch mit starker Vergröſserung gestattet. Die Körperchen erscheinen als hellglänzende, rundliche Gebilde, die sich auch schon durch ihre Lage innerhalb der Zellen neben den Epithelkernen als etwas besonderes dokumentieren.

J. kommt zu folgendem Schlusse: Es ist experimentell erwiesen, daſs die Guarnierischen Körperchen in ursächlicher Beziehung zur Vaccine und Variola stehen. Es ist wahrscheinlich, daſs sie Parasiten und Erreger der Variola sind. Der exakte Beweis ist aber bisher nicht erbracht. Da diese Körperchen aber nur in und in der Umgebung der Pocken- und Vaccinepusteln auftreten, bei allen anderen Hauterkrankungen, insbesondere aber in der Haut der Varizellenkranken fehlen, so kommt diesen Gebilden eine ätiologische Bedeutung zu, und ihr Nachweis kann diagnostisch

verwertet werden. Die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhaltes gibt keine einwandfreien Resultate, der histologische Nachweis in der menschlichen Haut ist nicht immer ausführbar und kann auf grofse Schwierigkeiten stofsen. Eine Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Kaninchenkornea kann aber stets leicht vorgenommen werden, und da die nach der Verimpfung auftretenden Veränderungen in der Kornea durchaus eindeutig und charakteristisch sind, kann dieses Tierexperiment als ein brauchbares ätiologisches Hilfsmittel für die Pockendiagnose bezeichnet werden.

Arthur Rahn-Berlin.

Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschüsse bei Variola, von P. Schrumpf-Strafsburg. (*Virchows Arch.* 1905. 179. Bd.) Ganz neuerdings sind zwei Forscher für die Existenz des Cytoryctes vaccinae aufs entschiedenste eingetreten und haben diese zu beweisen gesucht, Bosc (Montpellier) und Councilman (Boston).

Bosc, der seit langen Jahren sich mit dem Thema der Zelleinschlüsse beschäftigt, faist Vaccine, Variola, Schafpocken, Krebs, sogar Syphilis in eine Gruppe zusammen und nennt sie — „Maladies à sporozoaires". Die Krankheitserreger dieser ganzen Klasse sollen nahe verwandte Protozoenarten sein.

Ebenso wie Bosc hält Councilman den Vaccine- und den Variolaerreger für identisch; beide unterscheiden sich nur durch ihre Entwicklungsweise.

Schrumpf aber kann die als Cytorrhyctes Variolae oder Vaccinae beschriebenen Zelleinschlüsse als Protozoen nicht anerkennen. „Vielmehr lassen sich alle diese Gebilde aus Degenerationsvorgängen herleiten, und zwar scheinen die extranukleären Formen teils durch abgesprengte Chromatinpartikelchen einer Mitose, teils durch Vacuolisierung und Zusammenballung des Zellenplasmas, die intranucleären dagegen durch Körnelung oder vacuoläre Degeneration, mit oder ohne Aufnahme von Chromatinpartikelchen in die Vacuole, produziert zu werden. Dabei wird sowohl das Cytoplasma als auch das Chromatin in seiner chemischen Zusammensetzung so verändert, dafs seine Farbenreaktion eine andere wird. Variola und Vaccine mögen ja durch einen uns noch unbekannten und wahrscheinlich mit unseren jetzigen Untersuchungsmethoden nicht zu erkennenden Parasiten hervorgerufen werden; aber die als Cytorrhyctes vaccinae beschriebenen Gebilde dürften wohl keine Parasiten, vielmehr Degenerationsprodukte sein."

Arthur Rahn-Berlin.

Über den „Abscès de fixation" in der Therapie der schweren Variola, von F. J. F. Coste. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 79.) Empfehlende Arbeit. Verfasser benutzte Therebinthenessenz (mindestens 2 ccm müssen injiziert werden).

Fritz Loeb-München.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1904, von L. Stumpf-München. (Beil. z. *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) Der Bericht enthält gleich seinen Vorgängern eine Fülle von Einzelheiten, die aber nichts wesentlich neues bringen. Nur von zwei mit der Impfung zusammenhängenden Todesfällen sei hier kurz die Rede. Ein 14 Monate altes Kind, das schon bei der Impfung eine leichte Seborrhoe hatte, kam mit fünf Pusteln zur Nachschau; zugleich fand sich ein seborrhoisches Ekzem des Gesichtes und des behaarten Kopfes. Acht Tage später starb das Kind; die Todeskrankheit mufs nach St. als Vaccinia oder Vaccineekzem bezeichnet werden. — Der zweite Fall betraf ein einjähriges, schwächliches, atrophisches Kind, das drei Wochen nach der Impfung starb. Bei der Leichenschau zeigte sich das ganze Gesicht und der behaarte Kopf mit einer Unzahl dicht nebeneinander stehender, hämorrhagisch verfärbter, schon im Stadium des Vertrocknens befindlicher echter Blattern bedeckt. Die dazwischen liegenden Hautinseln waren stark geschwollen, die Augenlider ödematös und mit schmierigem, eitrigem, übelriechendem Sekret bedeckt. Die beiden Handrücken

wiesen einzelne Pusteln auf, der übrige Körper war frei geblieben; die Impfblattern waren verschorft und im Abfallen. Die Krankheit hatte am zehnten Tage nach der Impfung begonnen, ärztliche Hilfe war nicht in Anspruch genommen worden. Auch in diesem Falle kann es sich nur um ein durch Autoinfektion entstandenes Vaccineekzem gehandelt haben; höchst wahrscheinlich hat das Kind vor der Impfung an einem Kopfekzem gelitten. Die beiden Fälle beweisen, wie gefährlich die Impfung ekzematös erkrankter Kinder ist. *Götz-München.*

Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe, von H. DE WAELE und E. SUGG. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXIX. Nr. 1 u. 2.) Ausgehend von dem Studium des Streptococcus variolo-vaccinalis in der Pockenlymphe fanden DE WAELE und SUGG bei Verteilung von Schilfsäckchen unter die Haut eines Kalbes — analog dem Kollodiumsäckchen von NOCARD und ROUX — eine reichliche Entwicklung von Streptokokken neben Staphylokokken und einigen Bazillennarben. Die Streptokokken liefsen sich fast alle als Streptococcus vaccinalis identifizieren. Diese Kulturen waren nicht imstande, die nach der Verimpfung gewöhnlichen Veränderungen der Haut hervorzurufen.

Das drei bis sieben Tage lange Verweilen von Säckchen, die eine kleine Quantität Vaccine enthalten, unter der Haut des Kalbes, immunisierte dieses gegen eine spätere Impfung (in der gewöhnlichen Frist der intracutanen Impfung oder der subcutanen Injektion). „Das Vaccingift mufs also Substanzen liefern, die auch ohne jeden Druck durch Membran diffundieren und imstande sind, die Immunität hervorzurufen.

Empfänglichkeit des Kaninchens für Vaccine ist grofsen individuellen Verschiedenheiten unterworfen. Das Kaninchen widersteht grofsen Dosen des Pockengiftes und reagiert nicht durch Eruptionen, aber es geht schliefslich an Kachexie zugrunde.

Die Empfänglichkeit der Ziege für Vaccine ist viel geringer als diejenige des Kalbes; ferner ruft die Entwicklung der Vaccine bei der Ziege das Auftreten von agglutinierenden Substanzen nur in sehr geringer Quantität in dem Serum des Tieres hervor.

Das Filtrat von Vaccine durch CHAMBERLAND-Filter F ist nicht nur unwirksam bei der gewöhnlichen Verimpfung auf ein Kalb, sondern dieses Filtrat führt, auch in grofser Menge unter die Haut injiziert, keine Immunisierung herbei.

Arthur Rahn-Berlin.

Über das Auftreten der Vaccinekörperchen bei Revaccination, von PASCHEN. (*Hygien. Rundschau.* 1905. Nr. 3.) P. hält die Vaccinekörperchen nicht für Protozoen, denn wenn er geimpfte Kaninchen nach 8—14 Tagen auf der Cornea revaccinierte, so fand er eine reichliche Zuwanderung von Leukocyten und Vaccinekörperchen in grofser Menge und in allen Gröfsen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Gefahren der Kuhpockenimpfung auf den Oberarm, von E. CHAUMIER. (*La Méd. Orientale usw.* 1905. Nr. 23.) Verfasser wendet sich gegen die in Frankreich noch immer geduldete Methode der direkten Impfung der Kuhvaccine auf den Oberarm. Die Gefahren der Methode sind folgende: 1. Kann man dabei zugleich mit dem Impfstoff pathogene Stoffe (Tuberkulose, Strepto- und Staphylokokken, Tetanus u. a. m.) einimpfen; 2. kann man — ohne es zu wissen — ein völlig indifferenten Stoff einimpfen.

Die Methode ist desto mehr zu verwerfen, als man nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft leicht einen Vaccinestoff erhalten kann, der ganz gefahrlos und dessen Virulenz eine konstante ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Anwendungsweise des Gesetzes der Zwangsimpfung in Frankreich, von FORTUNÉ MAZEL. (*Arch. gén. de Méd.* 1905. Nr. 48.) Zusammenstellung der in den verschiedenen Provinzen Frankreichs üblichen ärztlichen Honorartarife für die

Vaccination. Diese Tarife sind sehr verschieden und lassen in der Mehrzahl der Fälle sehr viel zu wünschen übrig. In einigen Departements wird die Vaccination teilweise von Ärzten, teilweise von Hebammen ausgeführt, in einigen anderen beschäftigen sich damit nur die Hebammen, da die Ärzte die zu geringen Honorare nicht annehmen wollten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über einen bei den Massenimpfungen einzuführenden Verband, von E. Levy-Strafsburg und W. Sorgius-Schiltigheim. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 54.) Ein Impfverband, der für Massenimpfungen sich eignen soll, mufs steril sein, leicht und schnell in beliebiger Gröfse hergestellt werden können; er darf nicht luftdicht abschliefsen, mufs sieben Tage bis zur ersten Nachschau liegen bleiben und billig sein. Verfasser empfehlen nun als solchen folgenden Verband: Sie bedecken die Impfschnitte 5—10 Minuten, nachdem sie angelegt waren, mit einem Rechteck von steriler, in acht Lagen übereinander liegender Gaze; das Rechteck überragt die angelegten Schnittchen nach allen Richtungen um 2,5 cm. Zur Befestigung der Gaze am Oberarm dienen 1 cm breite Streifen von Leukoplast (Beyersdorff), die quer über die Gaze gezogen werden und so grofs gewählt, dafs sie zu beiden Seiten der Gaze ungefähr in einer Ausdehnung von 2—4 cm der Haut des Oberarmes anlegen.
Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Abnorm lokalisierte Vaccine, von M. E. Paul-Parkstone. (*Lancet.* 3. Febr. 1906.) Die Übertragung hatte offenbar bei diesem Falle von dem frisch geimpften Säugling der Frau stattgefunden und hatte zu wohl entwickelten Bläschen am Kinn geführt. Die ungewöhnliche Lokalisierung hätte leicht zu einer irrigen Diagnose Anlafs geben können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über den Vaccineerreger, von Heribert Hauser. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1905.) Eine beachtenswerte Arbeit, die die Schlufsfolgerungen Siegels nicht anerkennt. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Frage des Impfschutzes und der Schulhygiene, von Leonhard Voigt-Hamburg. (*Soziale Med. u. Hyg.* Bd. 1. Nr. 3.) Der Verfasser weist auf ein im *British Journal* 1905, I, S. 98 geschildertes Vorkommnis hin, welches in einwandfreier Weise zeigt, wie haftsicher die Pocken unter den Ungeimpften um sich greifen, und wie die Pocken die vor noch nicht zu langer Zeit Geimpften verschonen, aber nach dem Ablaufe einer länger seit der Impfung verstrichenen Frist auch die Geimpften wieder befallen können. Das Vorkommnis ereignete sich in einer Elementarschule zu Osett in England. Fast alle ungeimpften Klassengenossen (91%) einer pockenkranken Mitschülerin bekamen die Pocken, während alle geimpften Klassengenossen, deren Impfschutz innerhalb zehn Jahren erworben war, frei blieben. Von den geimpften Mitschülern erkrankten nur fünf, welche vor mehr als zehn Jahren geimpft worden waren, deren Impfschutz also wieder schwach geworden war. Das Ereignis zu Osett erweist die Notwendigkeit der völligen Durchführung der Erstimpfung, die in England fehlt, dann der Wiederholung der Impfung nach Ablauf von etwa zehn Jahren und des Verbotes der Einschulung eines Kindes bei fehlendem Impfnachweis. *Schourp-Dansig.*

Sind die Vaccineerreger Spirochäten? von A. Carini-Bern. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1905. Bd. XXXIX. Heft 6.) Bonhoff hatte in der Lymphe fädige Gebilde gefunden, die in Form, Gröfse und Gestalt den Spirochäten ähnlich sehen. Aber Carini bezeichnet diese Gebilde als Pseudospirochäten und Kunstprodukte, und ihm war es ebenso wenig wie Provazek, Kraus und Levaditi gelungen, in der Lymphe eine Spirochaeta pallida nachzuweisen. In Ausstrichpräparaten von Milzsaft oder auch von Organen, die im Stadium der Entzündung sich befinden, findet man oft in gröfserer Menge, als man je die Spirochäte zu finden vermag, die Pseudospirochäten.

Dieselben müssen als ausgezogene Kernbestandteile oder dergl. gedeutet werden, und zwischen den gröberen und feineren Fäden sind zahlreiche Übergangsformen vorhanden.

Arthur Bahn-Berlin.

Experimentalstudien über Variola und Vaccinia bei Vierhändern, von Walter R. Brinkerhoff und E. E. Tyzzer, und mit einer Einführung von W. J. Councilmann. (*Journ. of Med. Research.* Vol. XIV. Nr. 2.) Die Arbeit erschien ebenfalls in „*The Philippine Journal of science*", April 1906, Nr. 3.

Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Was wird über Lepra und Syphilis in der Bibel, dem Talmud und dem Evangelium gesprochen? von H. Higier. (*Medycyna.* 1905. Nr. 52.) Entgegen der Meinung verschiedener Autoren, welche die in der Bibel und im Talmud oft erwähnte Erkrankung, die „Zoraath", und die „Lepra" des Evangeliums für identisch mit Syphilis und Lepra halten, beweist Verfasser, dafs die diesbezüglichen Beschreibungen in den heiligen Schriften viel zu unklar sind, als sie uns einen gerechtfertigten Rückschlufs auf den wahren Sinn dieser Termine gestatten könnten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra? Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre des Aussatzes, von Ernst v. Basserwitz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Ein an Lepra mutilans leidender Mulatte wurde kurze Zeit vor seinem Tode mit Scabies infiziert und übertrug die Krätze alsbald auf seinen Wärter. Dieser erkrankte ein halbes Jahr später mit rheumatischen Schmerzen an den Händen und Vorderarmen, und nach weiteren zwei Jahren konstatierte B. an dem Manne, der nie mit anderen Leprakranken in Berührung gekommen war, eine ausgebildete, typische Lepra nodosa. Nach Ansicht B.s ist die Übertragung der Lepra in diesem Falle durch die Krätzmilben erfolgt; doch ist es auch möglich, dafs die Hautläsionen, die im Laufe der Scabies durch Kratzen entstanden, nur die Eingangspforte für den Leprabacillus bildeten. Jedenfalls wäre es wichtig, festzustellen, ob in den Skaroptesmilben Aussätziger der Leprabacillus nachzuweisen ist; aufserdem sollte nachgeforscht werden, ob das Seltenerwerden der Scabies mit dem Erlöschen des Aussatzes in gewissen Ländern, z. B. in Norwegen zusammenhängt. B. ist der Überzeugung, dafs jeder mit Scabies behaftete Leprakranke eine viel gröfsere Ansteckungsgefahr für seine Umgebung bedeutet als ein nicht scabiöser Aussätziger; die Krätze der Leprösen mufs daher möglichst schnell und sicher zur Heilung gebracht werden.

Götz-München.

Eine klinische Studie über Lepra ophthalmica, von K. Grossmann-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1906.) Diese interessante Besprechung gründet sich auf die Beobachtungen, welche G. im Jahre 1901 und dann wieder 1904 auf Island im Leprahospital zu Laugarnes gemacht hat. Im ganzen wurden 80 Fälle untersucht. Von diesen wurden 39 zweimal untersucht; von den beim ersten Besuch (1901) angetroffenen 59 Patienten waren bei G.s zweiter Anwesenheit 20 gestorben, während 21 in das (für 60 Patienten Raum bietende) Asyl neu aufgenommen worden waren. Im ganzen zeigt das Leiden bei der Gesamtbevölkerung der Insel in den letzten Jahren eine Abnahme an Ausbreitung, und Verfasser hält ein völliges Erlöschen desselben keineswegs für unwahrscheinlich. Die tuberöse Form zeigt auch hier gegenüber der anästhetischen eine erheblich gröfsere Virulenz sowohl in bezug auf die Augenaffektionen als

auch betreffs der Lebensdauer der Patienten. Von den 59 beim ersten Besuch angetroffenen Insassen des Asyls litten 34 an der tuberösen und 25 an der anästhetischen Form; von ersterer Gruppe starben in der Zwischenzeit zwischen den zwei Besuchen 16, von der zweiten Gruppe nur vier. Augenaffektionen traten bei der ersten Klasse fast bei allen Kranken und zwar schon frühzeitig hervor. Gewöhnlich werden zunächst die Adnexa des Augapfels ergriffen, Lider, Cilien, Conjunctiva, und von diesen geht die Affektion auf Sclera und Cornea über. Besonders charakteristisch ist eine graugelbliche, anämische Trübung der Sclera; an gewissen hervortretenden Stellen sieht die auch sonst nur wenig durchscheinende Sclera ganz elfenbeinartig aus. Totale Erblindung durch Beteiligung der Cornea ist durchaus nicht selten. Die anästhetische Form dagegen verschont das Auge, falls nicht gerade der Trigeminus oder Facialis ergriffen werden. Therapeutisch läfst sich durch symptomatische Behandlung mancher Nutzen erreichen. Besondere Erwähnung verdienen die sechs in natürlichen Farben aufgenommenen Photogramme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Lepra bei einem Europäer, von J. H. P. Graham-Wallasey. (*Lancet.* 27. Okt. 1905.) Es handelte sich um einen 24jährigen Mann von rein englischer Abstammung, welcher in Indien geboren war und dort 16 Monate vorher die ersten Symptome in Gestalt von dunkelrotvioletten Flecken an der Stirn und verminderter Sensibilität dargeboten hatte. Verfasser scheint in bezug auf die Ätiologie (nach Hutchinson) dem Umstand Bedeutung beizulegen, dafs Patient in der Jugend bereits mit einiger Regelmäfsigkeit getrocknete gesalzene Fische genossen hat. Contagium erklärt er (ohne Angabe seiner Gründe) für ausgeschlossen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall geheilter Lepra maculo-tuberosa, von Neumann-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 4.) Ein 38jähriger Beamter, der sich durch Teilen desselben Bettes nach seinem Bruder mit Lepra infiziert hatte, zeigte nach etwa vier Jahren die seltene Abheilung an allen den Stellen, wo die zahlreichen tiefbraunen, unregelmäfsigen, linsen- bis bohnengrofsen, leicht elevierten Infiltrate sich vorgefunden hatten. Diese Abheilung hielt sich im weiteren Verlaufe, ohne dafs eine Veränderung der Hautfarbe, noch eine Narbe, noch irgendwelche Störung der Nervensphäre vorhanden gewesen wäre. Welche Faktoren die rasche Heilung in diesem Falle herbeigeführt haben, ist nicht zu entscheiden, da die kurze Zeit der Isolierung, die Änderung des Domizils dieses Patienten und die Medikamente wohl nicht in Betracht gezogen werden können.

Allerdings mufs hervorgehoben werden, dafs Patient grofse Kuren mit Chaulmoograöl- (täglich 200 bis 250) Tropfen und mit Salol und Jothion durchgemacht hatte. Das Chaulmoograöl oder Oleum Gynocardiae (intern 0.25 oder subcutan [5,0 einmal] täglich) spielt neben dem Kowtiöl schon seit geraumer Zeit eine Rolle, aufserdem kommen in Betracht das Serum von Carasquilla, ferner die seit langem gebräuchlichen Mittel wie Jod, Brom, Natrium ichthyo-sulfuricum, Acidum pyrogallicum, Arsen, Eisen und Quecksilber.

„Dieser Fall bietet einer ganzen Reihe Leprakranker grofsen Trost und einen Hoffnungsschimmer, dafs nicht jede Aussicht auf Genesung ausgeschlossen ist. Nach wie vor wird jedoch die strenge Isolierung und die gröfste Reinlichkeit der wichtigste Faktor in der Bekämpfung der Lepra bleiben, die medikamentöse Behandlung, der wir alle mit einer gewissen Skepsis begegnen, wird jedoch fürderhin eifrig versucht werden müssen." *Arthur Rahn-Berlin.*

Die Leproserien, speziell Lothringens, von E. Roth. (*Balneolog. Centralztg.* 1906. Nr. 3 u. 4.) In der ersten Hälfte des siebenten Jahrhunderts bestand schon in

Metz ein Lepraheim, dem sich bald mehrere in Lothringen anschlossen. Über die Einrichtung und Verwaltung der Häuser berichtet Verfasser.

Bernhard Schulze-Kiel.

Lepra in Neu Süd-Wales im Jahre 1904, von A. Thompson. (*Offizieller Regierungsbericht.* 1905.) Der hier vorliegende Jahresbericht meldet das Fortbestehen der Lepra in ziemlich genau dem gleichen Grade, wie in den vorigen Jahren in der Provinz, indem wieder acht Fälle zur Aufnahme ins Lepra-Asyl gelangten. Die mitgeteilten kurzen Krankengeschichten bieten nichts von speziellem Interesse dar. Es handelte sich teils um autochthon in Australien infizierte Fälle, teils um Importationen. Als bemerkenswert wäre hervorzuheben, dafs aufser Queensland keines der anderen australischen Länder Leprakranke beherbergt, wie Verfasser an den eingegangenen Regierungsberichten darlegt. Ferner teilt F. Tidswell in einem Anhang zu diesem Berichte mit, dafs er die von Rost veröffentlichten Beobachtungen über Züchtungen von Leprabazillen auf chlorfreiem Nährboden nicht bestätigt gefunden hat. Ferner berichtet derselbe, dafs er bei einer Ratte in Sydney eine der Lepra ähnliche Affektion beobachtet habe, wie diese von Steffansky und von L. Rubinowitsch beschrieben worden ist. Bei seinem Falle fanden sich zahlreiche erbsengrofse Knötchen an der Haut. Die Wucherungen lieferten einen säurefesten Bacillus, der sich mit Gram färbte und im allgemeinen dem Leprabacillus ähnelte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Lepra auf den Philippinen, deren Behandlung mit X-Strahlen, von Brookman Wilkinson-Manila. (*Journ. amer. med. Assoc.* 3. Febr. 1906.) Die Lepra herrscht auf dem ganzen Philippinen-Archipel, die Zahl der Kranken wird ungefähr auf 5—10000 geschätzt; ob sie in der Zunahme oder Abnahme begriffen ist, kann bei dem Mangel jeder Statistik nicht gesagt werden. Aus der allgemeinen Beobachtung seiner Fälle neigt W. der Ansicht zu, dafs die Krankheit selten, wenn überhaupt jemals, von den Eltern direkt auf die Kinder und nur sehr selten direkt von einer Person auf die andere übertragen wird, sondern es ist häufig eine gemeinsame Ansteckungsquelle vorhanden, welcher die Glieder ein und derselben Familie speziell während der Kindheit unterworfen sind. Von den 239 Fällen, welche W. in den Kreis seiner engeren Beobachtung zog, gehörten 97 der hypertrophischen (Knoten-), 47 der atrophischen (neurotischen oder anästhetischen) Form an, 92 boten die beiden Arten gemischt und bei 3 war die Natur des Leidens sehr unbestimmt; die Durchschnittsdauer desselben war 8—11 Jahre. Die Behandlung der Lepra mit X-Strahlen wurde im Januar 1904 begonnen und dabei wählte W. stets denjenigen Körperteil, welcher von Lepra am meisten ergriffen war; die Dauer der Sitzungen betrug zehn Minuten bei einer Distanz von 18—25 cm. Von den 13 auf diese Weise behandelten Patienten wurden 3 geheilt (2 mit 14, 1 mit 52 Sitzungen), 7 gebessert (11 bis 40 Sitzungen) und 3 nicht gebessert (mit der Höchstzahl von 44 Sitzungen). Einen der geheilten Fälle, einen 19jährigen Philippiner betreffend, beschreibt W. genauer unter Beifügung der vor und nach der Behandlung gefertigten Abbildungen; die auch von anderer Seite vorgenommene mikroskopische Untersuchung hatte die Diagnose bestätigt und wurde der Heilungsverlauf von einer Anzahl anderer Ärzte mit beobachtet. Bezüglich der Wirkung der X-Strahlen auf die Lepraherde glaubt W., dafs die dort lokalisierten Bazillen getötet, ihre Körper resorbiert werden und dadurch eine Immunität gegen die noch lebenden Keime hervorbringen. Als Stütze dieser Theorie führt W. folgende Tatsachen an: 1. Die Behandlung eines Lepraherdes hat Besserung an Stellen, die von dem eben bestrahlten weit entfernt sind, zur Folge. 2. Die Besserung an diesen scheint parallel mit dem behandelten Herd vorzuschreiten und ebenso vollständig wie an diesem zu sein. 3. Die besten Resultate scheint man zu erhalten, wenn man die Behandlung so weit treibt, dafs das Gewebe abgetötet wird, womit

wahrscheinlich auch eine Abtötung der Bazillen verbunden ist. 4. Fälle, in welchen massive Lepralokalisationen vorhanden sind, werden am raschesten gebessert — reichliche Kulturen von Leprabazillen und daher raschere Bildung von Immunität. 5. Bei diffuser allgemeiner Erkrankung nur leichten Grades (atrophischer Form), wo nur wenige Mikroorganismen zerstreut vorhanden sind, hatte W. geringen Erfolg. 6. In zwei vorgeschrittenen Fällen, wo die Besserung ausgesprochen und rasch vor sich ging, folgte ebenso rasch Verschlechterung des Allgemeinbefindens — wahrscheinlich wegen zu hoher Dosierung. Schliefslich erwähnt W. noch der vielen Schwierigkeiten, die er bei Instandhaltung und Reparatur seines Röntgenapparates mangels ausgebildeter Physiker in Manila hatte. *Stern-München.*

Die Ausbreitung und Bekämpfung des Aussatzes, von M. Kirchner-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1906. Nr. 5.) Vortrag aus dem Zyklus über „Volksseuchen", veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preufsen. Enthält nichts neues. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen. Angestellt durch O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz. (*Klin. Jahrb.* XV. Heft 1.) Die Versuche wurden im Lepraheim bei Memel an neun Leprakranken angestellt und ergaben, dafs eine Heilung der Lepra durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen unwahrscheinlich ist. Bei der allgemeinen Verbreitung der Leprabazillen in dem infizierten Körper dürfte es bei der örtlichen Wirkung der Röntgenstrahlen kaum gelingen, einen Leprafall zu heilen. Sicher aber sind lokale, mehr oder weniger günstige Veränderungen zu erzielen. Die Reaktionen traten bei den Kranken verschieden auf, bei den einen zeigte sich die Wirkung schwächer, bei den anderen stärker; manche wurden unter Fieber und Schüttelfrost ernstlich unwohl. Die Reaktion bestand in geringerer oder stärkerer Rötung, trockner Ätzung, Entzündung, Bläschen- und grofser Blasenbildung, ähnlichen Erscheinungen wie bei Verbrennung ersten und zweiten Grades. Bei torpiden Geschwüren war die Reaktion träger, bei entzündlichen Infiltrationen dagegen lebhaft. Die Bestrahlungen dauerten gewöhnlich 10—15 Minuten in einer Entfernung von etwa 10 cm. — Es wird sich empfehlen, die Versuche bei Initialfällen mit zerstreuten Knoten und Knotenhaufen, sowie Infiltrationen fortzusetzen, um zu erfahren, ob die erzielten Resultate dauernd werden, und ob man durch die Bestrahlung imstande sein wird, den Krankheitsprozefs rückgängig zu machen, zu heilen oder auch nur zum Stillstand zu bringen. *Schourp-Danzig.*

b. *Tuberkulose.*

Die tuberkulösen Drüsenschwellungen im Kindesalter. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 13.) Zur lokalen Behandlung nicht vereiterter tuberkulöser Drüsen bei Kindern dienen feuchtwarme Verbände mit einer der drei folgenden Flüssigkeiten:

Alcohol. camphorat.	100,0
Aq. plumb.	200,0
oder	
Natr. chlorat.	30,0
Aq. destill.	1000,0
oder	
Tinctur. Jod.	1,0
Magnes. sulfur.	15,0
Natr. chlorat.	40,0
Aq. destill.	150,0

Die Verbände werden tagsüber alle drei Stunden erneuert, bei Nacht werden die Drüsen mit Quecksilberpflaster oder mit folgender Salbe bedeckt:

Ammon. carbonic.	5,0
Campher.	1,0
Axung.	25,0

Sobald Fluktuation nachzuweisen ist, wird der Eiter mit einer Punktionsspritze aspiriert und in die Abszefshöhle 10%iger Jodoformäther (1—3 ccm) injiziert, die Einspritzung ist alle 10—15 Tage zu wiederholen. Sehr empfohlen werden jetzt auch wöchentlich einmal vorzunehmende Injektionen von Wasserstoffsuperoxydlösung. Gaugolphe dagegen punktiert nur alle drei Wochen, ohne etwas einzuspritzen. Ist eine Drüse vollständig vereitert, dann wird inzidiert, die Abscefswand kurettiert und mit gesättigter Chlorzinklösung kauterisiert. *Götz-München.*

Zur Diagnose der Skrophulotuberkulose im frühen Kindesalter, von M. Bialyk. (Inaug.-Dissert. 1905.) Zu den häufigsten Hautaffektionen bei den skrophulotuberkulösen Individuen gehört das Ekzem, meist am Gesicht und behaarten Kopf auftretend. Von letzterem geht es häufig auf die Stirn und weiter auf die Augen über, wo es zu einer Conjunctivitis phlyktaenularis kommt. Ferner gehören in das Gebiet der Skrophulotuberkulose eine Anzahl von Effloreszenzen und Affektionen der Haut, welche teils eine tuberkulöse Struktur haben, teils, wenn sie auch nichts von Tuberkulose an sich zeigen, wegen ihres Zusammenhangs mit anderen skrophulotuberkulösen Symptomen, dieser Erkrankung zugerechnet werden. Zu den Tuberkuliden gehören der Lichen skrophulosorum und die Acne skrophulosorum. Zu den echt tuberkulösen Hautaffektionen gehören der Lupus und das Skrophuloderma. Als identisch mit letzterem fassen einige Autoren das Erythema indurativum skrophulosorum auf. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis des Lupus im Kindesalter. Über einen auf dem linken Vorderarm lokalisierten, mit Schwefelbädern und Liquor Van-Swieten behandelten Fall, von Charles Henri. (*Thèse de Montpellier*. 1904. Nr. 8.) *Fritz Loeb-München.*

Klinische Studie über die Wechselbeziehungen zwischen peritonitischer Tuberkulose und genitaler Tuberkulose beim Weibe, von André Leuret. (*Thèse de Paris*. 1903/04. Nr. 78.) *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, von Gustav Bärmann und Ludwig Halberstaedter-Batavia. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 7.) Von der Java-Expedition Neissers melden Verfasser, dafs sie 24 Makaken mit Tuberkulose impften, 21 cutan und drei intravenös und intraperitoneal. Letztere starben im Verlauf eines Monats an ausgebreiteter Organtuberkulose. Von den anderen starben zwei schnell an anderen Erkrankungen, neun bekamen ausgeprägte tuberkulöse Erscheinungen an der Impfstelle. Es wurde mit Milz, Knochenmark, Leber, Nebennieren, Hoden, Lymphdrüsen geimpft. Deutlich und sicher positiv fielen jedoch nur die Inokulationen mit Milz und Leber aus, fraglich waren die mit Knochenmark und Inguinaldrüsen, ganz unsicher die mit Hoden und Nebennieren. Von diesem Stamme wurden nun 54 Tiere geimpft. Die Erscheinungen an der Impfstelle traten drei bis fünf Wochen später auf. Im Beginn zeigte sich bei allen Tieren eine akute, entzündliche, diffuse Schwellung. Die Weiterentwicklung dagegen gestaltete sich nicht einheitlich, bei einigen entstanden runde Ulcera, bei anderen Geschwüren flache, bei anderen lupusähnliche, schuppende Knötchen, die keine Tendenz zur Ulceration und Konfluenz hatten. Diese tuberkulösen Hauterscheinungen wichen von dem Bilde des syphilitischen

Primäraffektes beim Affen vollständig ab. Tuberkelbazillen wurden stets gefunden, Tuberkulinreaktion war vorhanden, weitere cutane und intraperitoneale Übertragungen auf andere Affen gelangen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Pseudotuberkelbazillen bei der Diagnose der Tuberkulose, von D. Mezincescu-Bukarest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Bei einem Kranken mit einem Geschwür an der Wange fanden sich im Sekret in sehr grofser Zahl Bazillen, die sich mit Säuren nicht entfärbten und Tuberkelbazillen sehr ähnlich sahen. Ihre grofse Zahl und ihr Polymorphismus liefsen jedoch die Sache zweifelhaft erscheinen, und in der Tat zeigte sich, dafs die Bazillen sich durch Alkohol entfärbten. Weitere Untersuchungen dieser Pseudotuberkelbazillen ergaben, dafs es sich um Bakterien aus der Gruppe der Smegmabazillen handelte. Die histologische Prüfung des Geschwürs kennzeichnete dies als Epitheliom. *A. Loewald-Kolmar.*

Über Lupus vulgaris postexanthematicus, von Franz v. Veress-Kolozsvár. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Dermat. Beil. Nr. 4.) Nach akuten Exanthemen der Kinder — Masern, Scharlach, Blattern — tritt manchmal während der Rekonvaleszenz, öfters aber nach Ablauf der Krankheit eine disseminierte Form des Lupus vulgaris auf. Alle klinischen Symptome weisen für einen äufseren Ursprung durch Inokulation hin. Auch der histologische Befund kann die Annahme einer hämatogenen Entstehung dieser Lupusform nicht unterstützen, da die Veränderungen nicht von den Blutgefäfsen ausgehen, oberflächlich liegen und in den tieferen Schichten der Haut nicht nachzuweisen sind. Der Lupus postexanthematicus ist als Inokulationslupus aufzufassen. *B. Kollarits-Budapest.*

Über sekundäre Inokulation der Haut durch tuberkulöse, subcutane oder tiefere Herde, von Emanuel Némorin. (*Thèse de Montpellier.* 1903/1904. Nr. 8.) *Fritz Loeb-München.*

Ein seltener Fall von Tuberculosis inoculationis, von A. Huber-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* Dermat. Beil. Nr. 2.) Wahrscheinlich durch Inokulation entstandene Tuberkulose bei einer 65jährigen Dienstmagd. *B. Kollarits-Budapest.*

Über die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen, von Gustav Mingramm. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1904.) Nur die mitgeteilte Kasuistik macht die Arbeit erwähnenswert. *Fritz Loeb-München.*

Primäres tuberkulöses Geschwür der Zunge, von Provera. (*Il Morgagni.* 1906. Nr. 1.) Bei einem 48jährigen, im übrigen ganz gesunden Manne, der seinerzeit Syphilis durchgemacht hatte, von der er aber heilte, entwickelte sich auf der linken Zungenhälfte, etwas hinter der Spitze, ein nach und nach zum Umfange einer Nufs angewachsener Tumor, der wegen seiner festen Konsistenz mit Geschwürsbildung als Carcinom diagnostiziert worden war. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich aber, dafs es sich um eine tuberkulöse Affektion handelte (Riesenzellen mit Kochschen Bazillen). Exstirpation, Heilung. *C. Müller-Genf.*

Mischinfektion von Syphilis und Lupus, von Advoat-Louis Longin. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 40.) Fälle, in denen bei demselben Individuum Syphilis und Tuberkulose zusammen eine Hautinfiltration bilden, können der Diagnose aufserordentliche Schwierigkeiten bieten, die durch den Erfolg oder Mifserfolg der Therapie geklärt werden. *Fritz Loeb-München.*

Über die Anwendung des 10%igen Jodipins bei skrophulösen Erkrankungen, von Thaddäus Weclewski-Stebnik. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 90.) Chronisch-skrophulöse Lymphdrüsen waren neben äufserer Behandlung günstig zu beeinflussen durch das Merckesche Jodipin bei Kindern täglich 1—2—3 Kaffeelöffel am Tage, und nur wenn Jodschnupfen auftrat, liefs er zwischendrein einen Tag pausieren. Aufserdem hatte W. noch in drei weiteren Fällen von skrophulösen Erkrankungen der Nase

und der Augen neben der üblichen Behandlung oder zur Nachbehandlung das Jodipin angewendet, so z. B. bei Blepharitis und Rhinitis scrophulosa oder zur Nachbehandlung der Conjunctivitis phlyctaenulosa. Immer erwies sich der Einfluſs des Jodipins auf die Allgemeinkonstitution und dadurch direkt auf die Krankheit selbst als sehr günstig.

W. ist bei Kindern, besonders bei ganz kleinen, auf keinen Widerstand gegen das Jodipin gestoſsen; gerade letztere gewöhnen sich sehr leicht an dessen Geschmack, so daſs sie es mit der Zeit selbst verlangen.

Bei Erwachsenen hat W. das Jodipin wegen Skrophulose viermal versucht.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur chirurgischen Behandlung des Lupus, Exzision und Autoplastik mittels groſser Lappen, von Jules Jaquot. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 351.)

Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise, von Iwan Bloch-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 10.) Die zweite Vortragsreise des Verfassers im Dienste der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten galt dem östlichen Deutschland. Verfasser berichtet über die persönlichen Eindrücke von dieser Reise und zieht daraus interessante Schluſsfolgerungen in praktischer Hinsicht. Die Zukunft der Gesellschaft hänge von dem Interesse der ärztlichen Welt für die Ideen und Bestrebungen der Gesellschaft ab; leider steht noch heute ein groſser Teil der deutschen Ärzte gleichgültig oder ablehnend, sogar feindlich, beiseite. Im Kampfe mit der noch immer groſsen Armee der Kurpfuscher-Antimerkurialisten empfiehlt Verfasser, bei etwaigen mündlichen oder literarischen Diskussionen sich auf die Abgabe kurzer, bestimmter Erklärungen zu beschränken; sie wirken auf das Laienpublikum viel besser als langatmige Deduktionen.

Die Ortsgruppen in gröſseren Städten sind als natürliche Zentren für die Propaganda in den kleineren Provinzstädten zu betrachten; auf die lokalen Interessen der einzelnen Ortsgruppen ist mehr Rücksicht zu nehmen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Entfernung von Höllensteinflecken wird (*Pharm. Ztg.* 1905. 645) ein Verfahren empfohlen, bei welchem eine Kaliumjodidlösung (1 + 3) und eine Lösung eines Doppelsalzes von Kupfersulfat und Natriumsulfit verwendet werden. Letztere wird folgendermaſsen dargestellt: Eine Lösung von 35 g Natriumsulfit in 100 g destilliertem Wasser wird in eine Lösung von 25 g Kupfersulfat in 100 g destilliertem Wasser gegossen. Das ausgeschiedene gelbe Doppelsalz wird auf einem Filter gesammelt, mit Wasser ausgewaschen und in einer Lösung von 10 g Natriumsulfit in 90 g destilliertem Wasser gelöst. Nicht zu alte im Zeuge befindliche Silberflecke können mit dieser Lösung sehr leicht abgerieben werden, wenn man sie vorher mit der Kaliumjodidlösung durchtränkt hat. Da das Doppelsalz schwer zu trocknen ist und sich schnell beim Liegen verändert, muſs es in Lösung aufbewahrt werden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 3. 1. August 1906.

Aus Dr. Unnas Dermatologikum in Hamburg.

Eine neue Eigenschaft der Hornsubstanz.

Von

Dr. L. Golodetz,
Chemiker des Dermatologikums.

Im Verlaufe einer ausgedehnteren Studie über die Hornsubstanzen lernte ich eine neue Eigenschaft derselben kennen, die ein gewisses physiologisch-chemisches Interesse bietet. Im Folgenden möchte ich mir erlauben, diese Eigenschaft des Keratins gesondert mitzuteilen.

Es handelt sich um die Fähigkeit verschiedener Hornsubstanzen, sich in einer ganzen Reihe von organischen Verbindungen aufzulösen, ohne dabei weitgehende Veränderungen zu erleiden.

Als Material für meine Versuche benutzte ich feine weiße Flaumfedern,[1] die von allen anderen Hornsubstanzen den Vorzug haben, daß sie bereits in fein verteilter Form vorliegen und das Zerkleinern des Materials ganz überflüssig machen. Außerdem bietet die Feder den Vorteil daß man infolge ihrer organisierten Beschaffenheit nicht nur mikroskopisch, sondern auch makroskopisch beobachten kann, ob sie von dem betreffenden Lösungsmittel überhaupt angegriffen wird, ob sie aufquillt, oder sich zusammenzieht. Ich habe aber sämtliche Versuche nicht nur mit diesen Flaumfedern, sondern auch mit anderen Hornsubstanzen, und zwar mit Hornspänen, Schildpatt, Meerschweinchen- und Kaninchenhaaren vorgenommen mit dem Ergebnis, daß sich genau dasselbe Verhalten gezeigt hat.

[1] Beim Arbeiten mit Federn empfiehlt es sich, um das Auseinanderfliegen derselben zu vermeiden, das Gefäß, das mit Federn gefüllt werden soll, in dieselben zu tauchen und innerhalb des Sackes, in dem sich die Federn befinden, die Füllung des Gefäßes vorzunehmen. Als Gefäß eignet sich am besten ein Kölbchen mit engem Hals, in das man das Material einpressen kann, ohne daß die Federn infolge ihrer Elastizität aus der Öffnung herausdringen.

Übergiefst man in einem Kölbchen einige Federn mit Acidum carbolicum liquefactum und erhitzt gelinde über freier Flamme, so tritt zunächst eine Quellung der Feder ein; nach kurzer Zeit macht sich der Geruch nach Schwefelwasserstoff bemerkbar, so dafs Bleipapier, über den Hals des Kolbens gehalten, sich momentan schwarz färbt. Nach ein bis zwei Stunden gehen die aufgequollenen Federn ganz in Lösung, wobei die anfangs farblose Flüssigkeit eine rotbraune Färbung annimmt. Dasselbe geschieht, wenn man an Stelle von Federn Hornspäne, Haare oder Schildpatt nimmt. Stets wurde eine klare, rotbraune Lösung erhalten. Dafs die rotbraune Färbung durch die gelöste Hornsubstanz verursacht wird und nicht etwa von der Karbolsäure selbst herrührt, die bekanntlich nach langem Stehen an der Luft eine derartige Färbung bekommt, zeigte ein Parallelversuch, bei dem die Karbolsäure allein mehrere Stunden gekocht wurde, ohne dafs die Flüssigkeit sich färbte.

Gieſst man die erkaltete und evtl. abfiltrierte Lösung in das zwanzigfache Volumen Wasser, so sinkt dieselbe in Form eines zähen braunen Öls zu Boden und mischt sich mit dem Wasser ziemlich schwer. Man mufs das Ganze einige Zeit energisch schütteln, bis das Wasser dem ölartigen Produkt das Phenol völlig entzieht. Hierbei scheidet sich eine klebrige braune Masse ab, die an der Wandung des Gefäfses fest haften bleibt und schwer loszulösen ist. Sodann wird das Wasser abgegossen und die feste Abscheidung in wenig verdünnter Natronlauge in der Kälte gelöst. Die alkalische Lösung wird nötigenfalls filtriert und mit einer Mineralsäure angesäuert. Sobald Säure im Überschufs hinzugefügt ist, entsteht eine hellbraune, flockige Fällung, die infolge ihres geringen spezifischen Gewichts obenauf schwimmt. Diese flockige Fällung wird sodann am besten durch Leinwand abfiltriert, auf Papierfiltern gesammelt, an der Luft getrocknet, auf Tontellern abgepresst und schliefslich gepulvert. Nach diesen Manipulationen stellt das Produkt ein amorphes, hellbraunes Pulver dar. Da das Produkt in Wasser vollständig unlöslich ist, so ist die Ausbeute, wie zu erwarten, eine sehr gute. Aus 5 g Flaumfedern erhielt ich 4,2 g des braunen Pulvers.

Es wäre noch zu erwähnen, dafs man bei diesem Versuch allerdings schneller eine Auflösung erzielt, wenn man nicht reines Phenol in Kristallform anwendet, sondern das offizinelle Acidum carbolicum liquefactum, das 10% Wasser enthält. Durch die Anwesenheit von Wasser beginnt das Sieden schon bei etwa 120° und überdies quillt die Hornsubstanz leicht auf und geht schneller in Lösung. Die eigentliche Lösung der Hornsubstanz beginnt aber erst, wenn alles beigemischte Wasser verdampft ist. Nach Beendigung der Operation empfiehlt es sich, der Karbollösung wieder 10% Wasser zuzufügen, da sonst der Kolbeninhalt beim Erkalten erstarrt.

Zur Gewinnung des festen Produktes aus der Phenollösung kann man ebenfalls Alkohol anwenden. Versetzt man die Phenollösung mit dem fünffachen Volumen Alkohol, so bekommt man einen hellbraunen, flockigen Niederschlag, der sich leicht abfiltrieren läfst. Das auf diese Weise erhaltene feste Produkt ist etwas reiner, als wenn man die Karbollösung mit Wasser fällt. Aber nach diesem Verfahren ist die Ausbeute viel geringer, da das Produkt in Phenol-Alkohol etwas löslich ist, so dafs es entschieden ratsamer ist, die Fällung mit Wasser auszuführen.

Eigenschaften des Phenolproduktes.

Es löst sich sehr leicht in Eisessig mit rotbrauner Farbe auf und fällt auf Zusatz von Wasser wieder aus. Reduziert man die Eisessiglösung mit Zinkfolie, so wird die Färbung der Lösung immer heller und man erhält auf Wasserzusatz eine hellgelbe Abscheidung, während die Substanz vor der Reduktion dunkelbraun war. In Säuren ist das Produkt unlöslich, ebenso in Alkohol, Äther und Benzol. Dagegen ist es sehr leicht löslich in kalter und auch ganz verdünnter Natronlauge. Die alkalische Lösung ist dunkelrot gefärbt und diese Färbung bleibt auch nach Verdünnen mit Wasser ziemlich intensiv. Zusatz von Säure zur alkalischen Lösung bis zur sauren Reaktion bringt eine braune Fällung hervor, die, wenn man die Flüssigkeit zum Sieden erhitzt, zu einem schwarzbraunen Öl zusammenschmilzt.

Das Phenolprodukt zeigt sehr scharf die Millonsche Reaktion, liefert ebenso die Biuret- und Xanthoproteïnreaktion, nur ist die Färbung bei der Biuretreaktion rotviolett und bei der Xanthoproteïnreaktion schwach gelb.

Obwohl bei der Behandlung der Hornsubstanz mit Phenol Schwefelwasserstoff entwickelt wurde, zeigt die Substanz bei ihrer Lösung in Alkalien und Zusatz eines Bleisalzes einen beträchtlichen Gehalt an Schwefel.

Kocht man die alkalische rotbraune Lösung des Phenolprodukts mit Wasserstoffsuperoxyd (3%), so verschwindet allmählich die Färbung und man erhält nach Zusatz von Säure im Überschufs eine rein weifse Fällung, die im übrigen in bezug auf chemische Reaktionen keine merklichen Veränderungen aufweist.

Schliefslich sei noch zu erwähnen, dafs das Phenolprodukt in Salzsäure-Pepsin (1 cbcm konz. HCl, 0,5 g Pepsin auf 100 cbcm Wasser) vollständig unlöslich ist.

Nach den Eigenschaften und dem Verhalten des Phenolproduktes, wie sie soeben geschildert wurden, läfst sich natürlich nichts bestimmtes darüber sagen, was für eine Substanz es eigentlich ist. Jedoch deutet die Unlöslichkeit im Wasser, Säuren, Alkohol, Äther, Benzol, die Löslichkeit in Alkalien und Eisessig, das Auftreten der Eiweifsreaktionen und vor

allen Dingen die Widerstandsfähigkeit dem eiweifslösenden Pepsinferment gegenüber darauf hin, dafs das Phenolprodukt nichts anderes ist, als Keratin, wie es nach der Vorschrift der Pharmakopea dargestellt wird. Es gibt leider keine speziellen Reaktionen zur Erkennung des Keratins. Wenn wir aber Keratin als eine in alkalilösliche Form übergeführte und wenig veränderte Hornsubstanz bezeichnen dürfen, so ist es das Phenolprodukt mit gutem Recht. Ich habe davon Abstand genommen, die Substanz elementaranalytisch zu untersuchen, da ich von vornherein überzeugt war, dafs die dabei eventuell gewonnenen analytischen Daten weder zu einer sicheren Diagnose des Phenolprodukts als Keratin beitragen könnten, noch die Hauptfrage, ob nicht bei der Phenoleinwirkung eine Spaltung der Hornsubstanz eingetreten ist, beantworten würden.

Nachdem nun die Versuche mit Phenol ergeben haben, dafs letzteres Hornsubstanz aufzulösen vermag, unternahm ich es, auf Anraten von Herrn Dr. Unna, auch die übrigen organischen Körper, die als reduzierende Mittel in der Dermatherapie Verwendung finden, sowie im Gegensatz dazu, auch nicht reduzierende auf ihr Lösungsvermögen für Hornsubstanz zu prüfen.

Zu diesen Versuchen wurden genommen: Resorcin, Brenzcatechin, Pyrogallol, p.-Chlorphenol, Nitrobenzol, Benzoësäure, Benzaldehyd, Salicylsäure, Anilin, β-Naphtol, Thymol, Guajakol, Kreosol, Kresole (ortho, meta und para), Kreosot, Campher, Phenylhydrazin, Trichloressigsäure, Chrysarobin, Hydroxylamin, Chrysophansäure, Pyraloxin[1] und Ichthyol.

Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, dafs eine kleinere Portion Haare oder Federn in einem Reagierglase mit der betreffenden Substanz zusammengebracht und im Schwefelsäurebad auf 160—170° erhitzt wurde. Die meisten festen Körper schmolzen bei dieser Temperatur und umflossen die Haare. Wo die Temperatur von 160—170° zum Schmelzen der Substanz nicht genügte, mufste über freier Flamme bis zum Schmelzen vorsichtig erhitzt werden. Soweit die Flüssigkeiten oder die geschmolzenen Substanzen trotz des Erhitzens durchsichtig blieben, konnte man die Lösung der Haare an ihrem Verschwinden konstatieren. Wurde aber die Schmelze dunkel und undurchsichtig, wie es bei vielen Substanzen der Fall war, so gofs ich etwas von der Schmelze in Alkohol resp. in ein anderes geeignetes Lösungsmittel. Entstand dabei eine amorphe Fällung von unlöslicher Hornsubstanz, so war das ein sicherer Beweis dafür, dafs die Schmelze dieselbe in Lösung enthalten hatte.

---

[1] Pyraloxin ist ein nach Angabe von Dr. Unna und Herrn Dr. Runge dargestelltes Oxydationsprodukt des Pyrogallols.

Auf Grund dieser Versuche liefs sich feststellen, dafs:

Resorcin, Brenzcatechin, Pyrogallol, p.-Chlorphenol, Trichloressigsäure, Hydroxylamin und Chrysarobin bei der Temperatur von 160—170° Haare oder Federn auflösen und dabei, soweit sie selbst farblos sind, eine rote bis braune Färbung annehmen, dafs:

Benzoësäure, Anilin, Phenylhydrazin, Guajakol und Kreosot Haare und Federn stark angreifen, indem letztere mehr oder minder zerfetzt werden, ohne jedoch eine eigentliche Lösung herbeizuführen.

Alle anderen organischen Substanzen, die zu den Versuchen herangezogen waren, also: Nitrobenzol, Benzaldehyd, Salicylsäure, β-Naphtol, Thymol, Kreosol, alle Cresole, Campher, Chrysophansäure, Pyraloxin und Ichthyol lassen die Hornsubstanz vollständig unangegriffen und, wie die mikroskopische Untersuchung der mit denselben behandelten Haare und Federn ergab, ändern sie nicht im geringsten die organisierte Struktur.

Betrachten wir die Reihe der lösenden Substanzen, so sehen wir, dafs es vorzugsweise Phenole sind, die die Fähigkeit besitzen, Hornsubstanz aufzulösen. Trichloressigsäure wirkt lösend wahrscheinlich nur als Substitutionsprodukt der Essigsäure, die bekanntlich Keratin auflöst,[1] wobei die Chloratome das Lösungsvermögen noch erhöhen. Hydroxylamin zersetzt sich bei höherer Temperatur unter Bildung von Stickstoff, Stickoxydul, salpetriger Säure und Ammoniak, und es ist vielleicht das Ammoniak, das hier die Auflösung bewirkt.

Was aber die Gruppe der lösenden Substanzen (mit Ausnahme der Trichloressigsäure) kennzeichnet, ist in der Tat ihr Reduktionsvermögen. Unter den anderen, nicht lösenden Substanzen finden wir, abgesehen vom Phenylhydrazin keine reduzierenden Körper. Es liegt daher der Gedanke nahe, dafs es vielleicht die Reduktionskraft ist, die mit der Auflösung der Hornsubstanz in irgend einem Zusammenhang steht. Dieser Gedanke gewinnt grofse Wahrscheinlichkeit durch die sehr beachtenswerte Tatsache, dafs den Oxydationsprodukten des Pyrogallols und des Chrysarobins, dem Pyraloxin und der Chrysophansäure, welche also nicht reduzieren können, das Lösungsvermögen für Hornsubstanz abgeht, während Pyrogallol und Chrysarobin eine Lösung herbeiführen.

Ob diese Annahme richtig ist, müssen weitere Untersuchungen nach dieser Richtung hin ergeben, wozu die mitgeteilten Tatsachen jedenfalls Anregung bieten können.

---

[1] Essigsäure löst übrigens Federn oder Haare aufserordentlich schwierig.

Ergebnisse von Untersuchungen an Mastzellen der Haut.

Von

Dr. Schwenter-Trachsler,
Privatdozent für Dermatologie in Bern.

(Schluſs.)

In bezug auf allgemeine Ergebnisse ist hervorzuheben, daſs das Alkali, allein oder in Salzen (worauf bereits hingewiesen worden ist), die Mastzellenkörner nicht nur auflöst, sondern auch bei längerer Einwirkung ihre metachromatische Tinktionsfähigkeit immer mehr herabsetzt; diese verminderte Tinktionsfähigkeit läſst sich nachher durch Säureeinwirkung nicht wieder verbessern, während nach Beeinflussung durch Sauerstoff oder durch reduzierende Substanzen das verminderte Färbevermögen wieder hergestellt werden kann; wenigstens ist mir das, trotz vieler Versuche, nicht gelungen. Ferner ist mir bei meinen Auflösungsversuchen an Mastzellenkörnern der Rindernasenschleimhaut aufgefallen, daſs in einem gewissen Stadium dieser Auflösung die sonst blaſsblauen Kerne in der Farbe des Mastzellenkörnersaftes durchschimmern und daſs sich nach längerer Einwirkung der Lösung, sowie sich das Tinktionsvermögen des Körnersaftes stärker vermindert, auch der Kern wieder in seiner früheren blauen Farbe zeigt. Da es wohl möglich ist, daſs der Kern gelöste Körnermasse in sich aufsaugt, so habe ich da, wo ich auf diesen Vorgang aufmerksam machte, häufig von „Imbibition“ gesprochen. Ich möchte aber diese Erklärung des erwähnten Vorganges doch nicht als eine absolut sichere hinstellen; denn bei den Mastzellen des Menschen tritt eine solche metachromatische Tinktion des Kernes nur selten und dann nur ganz vorübergehend auf. Es ist also nicht ausgeschlossen, daſs es sich bei diesem Prozeſs bloſs um eine Auflagerung von Mastzellenkörnersaft auf die Auſsenfläche des Kernes handelt. Ehrlich hat auch eine diffuse Tinktion der Mastzellenkerne beschrieben, und Pappenheim gibt an, daſs bei Glycerinentfärbung die Körnerfärbung in den Kern hineindiffundiere; dieser letztere Vorgang wird durch eine Angabe Ehrlichs aufgeklärt. E. hat nämlich gefunden, daſs Glycerin ein Lösungsmittel für Mastzellenkörner ist.

Nach Abschluſs dieser Versuche blieb noch übrig, den Einfluſs der verschiedenen, am häufigsten verwendeten Fixierungsflüssigkeiten auf die Mastzellenkörner festzustellen. L. Schreiber hat bereits darauf hingewiesen, daſs dieselben durch Fixierung in Flemmingscher Lösung geschädigt werden. Ich fixierte also Teile von der Haut des Menschen (von dem gleichen Hautstücke) in konzentriertem Alkohol, in 4 % (Gewichtsprozent) Formaldehydlösung, in Müllerscher Flüssigkeit und in Flemmingscher Lösung. Schnitte von diesen Präparaten färbte

ich nun nach der pol. Methylenblaulösung-Alaun-Alkohol- (75%) Methode und verglich sie. Die in konzentriertem Alkohol fixierten Präparate zeigten eine intensive, dunkel violettrote Färbung der Mastzellen mit deutlichen, scharf sich abgrenzenden Konturen der Mastzellen und der Mastzellenkörner. Präparate von dem in Formaldehydlösung fixierten Teile zeigten die Mastzellen weniger intensiv und eher etwas verschwommen tingiert. Die Fixierungen in Müllerscher Flüssigkeit und in Flemmingscher Lösung liefsen überhaupt keine Mastzellen mehr erkennen. Um die Ursache dieses verschiedenen Verhaltens festzustellen, setzte ich in konzentriertem Alkohole fixierte Schnitte dem Einflusse der verschiedenen Komponenten dieser Flüssigkeiten aus, färbte sie dann auf Mastzellen und verglich sie mit Mastzellenpräparaten, die nur von konzentriertem Alkohol beeinflufst worden waren. Um möglichst zuverlässige Vergleichungsresultate zu erhalten, teilte ich jeweilen einen Schnitt von dem in Alkohol fixierten Stücke in so viel Teile, als deren bei dem betreffenden Versuche beeinflufst werden sollten plus einem; einen Teil tingierte ich unbeeinflufst auf Mastzellen, die anderen Teile erst, nachdem die gewünschte Einwirkung des betreffenden Agens stattgefunden hatte. Um eine etwas erweiterte Übersicht zu bekommen, wurden neben Chromsäure, Osmiumsäure, Eisessig auch Schwefelsäure und Salpetersäure herangezogen; sodann wurde die Art der Einwirkung von Formaldehydlösung, sowie von Lösungen von Natrium sulfuricum und von Kalium bichronicum festgestellt. Über die Einwirkung dieser verschiedenen Substanzen auf die Mastzellenkörner geben die nachfolgenden Versuche Aufschlufs.

Versuch 37. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Die Mastzellen längs der Epithelgrenze haben scharfe Konturen und stark gefärbte, deutlich hervortretende Körner; Farbe violettrot.

b. Zwei Minuten in 2%ige Schwefelsäure: Mastzellen längs der Epithelgrenze sehr deutlich hervortretend, von gleicher Beschaffenheit wie bei *a.*

c. Zehn Minuten in 2%ige Schwefelsäure: Dieser Teil ist arm an Mastzellen; die vorhandenen sind scharf und deutlich zu sehen, aber abgeblafst violettrot, mit blau durchschimmerndem Kern.

d. Zwanzig Minuten in 2%ige Schwefelsäure: Mastzellen längs der Epithelgrenze scharf konturiert, hell violettrot; Körner nicht mehr so intensiv gefärbt, weshalb häufig der blaue Kern durchschimmert.

e. Dreifsig Minuten in 2%ige Schwefelsäure: Mastzellen längs der Epithelgrenze recht schwach hell violettrot gefärbt; der blaue Kern schimmert meist stark durch.

Versuch 38. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Kontur und Körnung der Mastzellen scharf und deutlich, Farbe dunkel violettrot, keine Kerne sichtbar.

b. Zwei Minuten in 2%ige Salpetersäure: Mastzellen und ihre Körner haben scharfe Konturen und sind sehr deutlich; die Färbung ist nicht ganz so intensiv wie bei *a*; auch ist sie eher etwas heller violettrot, bei einzelnen schimmert der blaue Kern etwas durch.

c. Zehn Minuten in 2%ige Salpetersäure: Mastzellen in geringer Zahl, sie zeigen nur das schwach blauviolette Spongioplasma und den bläulichen Kern.

d. Zwanzig Minuten in 2%ige Salpetersäure: Mastzellen deutlich, rotviolett; Körner meist erhalten.

e. Dreifsig Minuten in 2%ige Salpetersäure: Mastzellen an Zahl vermindert; die übergebliebenen sind deutlich, scharf konturiert, hell violettrot gefärbt und lassen meist den blauen Kern durchschimmern.

Versuch 39. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Die Mastzellen haben scharfe Konturen und deutliche Körnung. Farbe dunkel blauviolett bis dunkel rotviolett.

b. Zwei Minuten in 1%ige Chromsäurelösung: Mastzellen und Körner in ihren Konturen erhalten wie bei *a*, auch die Färbung ist ähnlich, sie ist aber heller und viel schwächer.

c. Zehn Minuten in 1%ige Chromsäurelösung: Nur noch ganz vereinzelte, deutliche Mastzellen, sonst blofs schwache Schatten von blauviolettem Spongioplasma mit einem blauen Kern.

d. Zwanzig Minuten in 1%ige Chromsäurelösung: Gar keine Mastzellen mehr erkennbar; es sind einige blaue Kerne zu sehen, die aber ebenso gut Bindegewebskerne sein können.

e. Dreifsig Minuten in 1%ige Chromsäurelösung: Gleich wie bei *d*.

Versuch 40. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen scharf konturiert mit deutlichen Körnern, dunkel violettrot.

b. Zwei Minuten in 2%ige Osmiumsäure: Mastzellen wie bei *a*, nur etwas blasser, aber scharf konturiert.

c. Zehn Minuten in 2%ige Osmiumsäure: Deutliche Mastzellen nur vereinzelt sichtbar; sonst blofs noch schwache Schatten von blauviolettem Spongioplasma mit blauen Kernen.

d. Zwanzig Minuten in 2%ige Osmiumsäure: Keine Mastzellen

mehr zu sehen; einige bläuliche gitter- oder schleierartige Gebilde um einen schwach blauen Kern sind wahrscheinlich Reste von Mastzellen (Spongioplasma mit Kern).

c. Dreifsig Minuten in 2%ige Osmiumsäure: Keine Spur mehr von Mastzellen.

Versuch 41. Mensch, Rückenhaut (sechs Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen dunkel blauviolett, lassen keinen Kern erkennen; scharfe Konturen.

b. Zwei Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Mastzellen wie bei *a*, sehr deutlich sich aus dem Gewebe abhebend.

c. Fünfzehn Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Mastzellen wie bei *b*.

d. Dreifsig Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Mastzellen wie bei *b* und *c*; es zeigen jedoch einzelne einen helleren, rötlichvioletten Schimmer, was auf eine beginnende Einwirkung der Säure hindeutet.

e. Fünfundvierzig Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Mastzellen wie bei *d*, nur sind die Zellen von hell violettrötlicher Farbe, häufig sind sie durchscheinend.

f. Sechzig Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Deutliche violettrote Mastzellen, viele mit einem schwachen, hell violettroten Schimmer am Zellrande (beginnende Säureeinwirkung).

Versuch 42. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen und Mastzellenkörner deutlich und scharf konturiert; einzelne Zellen von einem Kranze freiliegender Körner umgeben; Farbe dunkel violettrot.

b. Sechzig Minuten in 5%ige Acid. acet. glacial.: Mastzellen gleich deutlich wie bei *a*; die Färbung ist aber weniger intensiv, was sich besonders an frei um Mastzellen herumliegenden Körnern konstatieren läfst.

Versuch 43. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen und Körner dunkel blauviolett; scharfe Konturen; keine Kerne sichtbar.

b. Fünfzehn Minuten in 4%ige (Gewichtsprozent) Formaldehydlösung: Mastzellen wie bei *a*, nur nicht so intensiv gefärbt; man sieht deshalb hier und da den blauen Kern durchschimmern.

c. Dreifsig Minuten in 4%ige Formaldehydlösung: Mastzellen wie bei *b*, eher etwas weniger Kerne zu sehen.

d. Fünfundvierzig Minuten in 4%ige Formaldehydlösung: Mastzellen scharf konturiert, sehr deutlich, meist dunkel blauviolett, einige haben einen hell violettroten Schimmer und lassen den blauen Kern durchschimmern.

e. Sechzig Minuten in 4%ige Formaldehydlösung: Mastzellen in ihrer Tinktionsfähigkeit stark reduziert; man sieht ein schwach blauviolettes Spongioplasma mit blauem Kerne.

Versuch 44. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen und Körnung deutlich mit scharfen Konturen, ebenso deutlich treten freiliegende Körner um die Zellen herum hervor; Farbe dunkel violettrot.

b. Sechzig Minuten in 4%ige (Gewichtsprozent) Formaldehydlösung: Die Verhältnisse in bezug auf die Mastzellen gleich wie bei *a*, nur ist die Färbung eine weniger intensive; die freiliegenden Körner sind nur undeutlich zu sehen.

Versuch 45. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Scharf konturierte, dunkel blauviolette Mastzellen.

b. Fünfzehn Minuten in 1%ige Natr. sulfuric.-Lösung: Mastzellen wie bei *a*; einzelne haben jedoch eine hellere, rötlichviolette Farbe.

c. Dreifsig Minuten in 1%ige Natr. sulfuric.-Lösung: Mastzellen blauviolett, dunkel, scharf konturiert; die Färbung ist etwas weniger intensiv.

d. Fünfundvierzig Minuten in 1%ige Natr. sulfuric.-Lösung: Mastzellen ähnlich wie bei *c*; hell rötlichviolette Zellen in vermehrter Zahl zu sehen.

e. Sechzig Minuten in 1%ige Natr. sulfuric.-Lösung. Mastzellen wie bei *d*; eine ziemliche Anzahl von Mastzellen schimmern hell rötlichviolett durch und lassen einen blauen Kern erkennen.

Versuch 46. Mensch, Rückenhaut (zwei Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen scharf konturiert, ebenso die Körnung, Farbe dunkel violettrot.

b. Sechzig Minuten in 1%ige Natr. sulfuric.-Lösung: Die meisten Mastzellen dunkel violettrot, aber weniger intensiv als bei *a* gefärbt, einzelne Zellen schimmern rötlichviolett durch; die Konturen sind etwas verschwommen.

Versuch 47. Mensch, Rückenhaut (fünf Teile).

a. Unbeeinflufst auf Mastzellen gefärbt: Mastzellen dunkel violettrot, scharf konturiert und deutlich gekörnt.

b. Fünfzehn Minuten in 2%ige Kal. bichromic.-Lösung: Mastzellen gleich wie bei *a*, nur weniger intensiv gefärbt.

c. Dreifsig Minuten in 2%ige Kal. bichromic.-Lösung: Mastzellen stark vermindert, die vorhandenen sind hell violettrot.

d. Fünfundvierzig Minuten in 2%ige Kal. bichromic.-Lösung: Ganz wenige Mastzellen zu erkennen, dieselben sind hell violettrot und haben einen dunkel blauvioletten Kern.

e. Sechzig Minuten in 2%ige Kal. bichromic.-Lösung: Nur noch Mastzellen mit ganz schwach violettrotem Spongioplasma und blauem Kern zu sehen.

Es hat sich also gezeigt, daſs Präparate, die mit Chromsäure und solche, die mit Osmiumsäure behandelt worden waren, keine Mastzellen mehr erkennen lassen; auch unter der längeren Einwirkung der Schwefelsäure und der Salpetersäure leidet die Tinktionsfähigkeit der Mastzellen; bei nur kurzer Einwirkung dagegen heben sich diese Zellen sehr schön im mikroskopischen Bilde ab. Auch Acid. acet. glacial. ist auf die Dauer nicht indifferent für die metachromatische Färbbarkeit der Mastzellen; die Tinktionsfähigkeit nimmt nach längerer Einwirkung des Eisessigs entschieden etwas ab. Bei nur kurzdauernder Einwirkung dagegen treten auch hier die Mastzellen sehr deutlich aus dem übrigen Gewebe hervor. Es ist also als wahrscheinlich anzunehmen, daſs die Säuren überhaupt nach kürzerer oder längerer Einwirkung die Mastzellen schädigen. Das gleiche ist auch der Fall mit dem Formaldehyd; auch es beeinflufst die Mastzellen nach längerer Einwirkung derart, daſs sie nicht mehr deutlich metachromatisch gefärbt zur Anschauung gebracht werden können. Von den Salzen Natr. sulfuric. und Kal. bichromic. war von vornherein zu erwarten, daſs sie schädigend auf die Mastzellenkörner einwirken (vgl. Versuch 30, Natr. sulfuric.). Nach diesen Ergebnissen ist für Untersuchungen von Mastzellen in fixierten Objekten einstweilen die Fixierung in konzentriertem Alkohol den übrigen Fixierungsmethoden überlegen. Handelt es sich hierbei blofs darum, die Mastzellen möglichst deutlich zur Anschauung zu bringen, so möchte ich vorschlagen, den Schnitt, bevor er der Behandlung mit pol. Meth.-Blaulösung-Alaun-Alkohol unterzogen wird, ein bis zwei Minuten in eine 2%ige Lösung von Salpeter- oder Schwefelsäure oder zwei Minuten lang in eine 5%ige Lösung von Acid. acet. glacial. zu bringen. Wenn es sich aber um Untersuchungen von Veränderungen der Mastzellenkörner handelt, dann ist es wohl besser, diesen Säureeingriff zu unterlassen, da derselbe notwendigerweise die chemische Konstitution der Mastzellenkörner ändert und so das Resultat der Untersuchungen getrübt werden könnte.

Ergebnisse.

Durch die von mir hier verwendete modifizierte Unnasche Mastzellentinktionsmethode, d. h. dadurch, daſs man statt Wasser Alkohol verwendet (pol. Meth.-Blaulösung-Alaun-Alkohol [75—95%]), ist man also in den

Stand gesetzt, Mastzellenkörner genau in demjenigen Aggregatszustande zur Anschauung zu bringen, in dem sie sich im Momente vor dem Einlegen in die Farblösung befinden.

Die in der Mastzellenkörnerfarbe sich präsentierende metachromatische Imbibitio in vivo des Gewebes, diffus und circumskript (Mastzellenhöfe) beruht auf der Durchtränkung des Gewebes mit aufgelösten Mastzellenkörnern; die letzteren sind dabei ganz oder nur teilweise gelöst.

Werden die Körner der Mastzellen künstlich soweit gelöst, dafs nur noch ein geringer Teil des Mastzellenkörnersaftes in der Zelle zurückbleibt, dann gelingt es, durch die metachromatische Mastzellentinktion das Spongioplasma der Mastzellen sichtbar zu machen; durchtränkt von dem restierenden Mastzellensafte präsentiert es sich in der metachromatischen Mastzellenfarbe.

Salzlösungen, die Sauerstoff abgeben, lösen die Mastzellenkörner schneller auf, als ähnliche Salzlösungen ohne Sauerstoff.

Es bedarf nur eines ganz geringen Zusatzes von Alkali zum Wasser, um die Mastzellenkörner aufzulösen.

Die Eigenschaft der Salzlösungen Mastzellenkörner aufzulösen, ist hauptsächlich eine Alkaliwirkung.

Sauerstoffeinwirkung setzt die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner herab, ohne deren Aggregatszustand zu verändern; durch nachherige Anwendung von reduzierenden Substanzen läfst sich die herabgesetzte Tinktionsfähigkeit wieder herstellen.

Einwirkung von reduzierenden Substanzen setzt die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner ebenfalls herab, ohne deren Aggregatszustand zu verändern; nachheriges Behandeln mit Sauerstoff stellt die Tinktionsfähigkeit wieder her.

Bei Sauerstoff abgebenden Salzlösungen werden die Mastzellenkörner zugleich durch die oxydierende Eigenschaft des Sauerstoffes und durch die auflösende Wirkung des Alkali beeinflufst.

In konzentriertem Alkohol fixierte Objekte geben die besten Mastzellenpräparate; weniger gut sind diejenigen von Objekten, die in Formaldehyd fixiert worden waren; in Gewebsstücken, deren Fixierung in Müllerscher Flüssigkeit oder in Flemmingscher Lösung erfolgte, sind Mastzellen überhaupt nicht mehr nachweisbar.

Osmiumsäure und Chromsäure vernichten die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner nach kurzer Zeit; Einwirkung von Salpeter- und Schwefelsäure setzt sie ebenfalls bald herab, Acid. acet. glaciale desgleichen, nur viel weniger energisch.

Es ist wahrscheinlich, dafs die Säuren überhaupt die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner nach kürzerer oder längerer Einwirkung herabsetzen.

Die Fixierung in konzentriertem Alkohol ist gegenwärtig den anderen Methoden vorzuziehen um Mastzellen in fixierten Objekten zur Darstellung zu bringen.

Schnitte von fixierten Präparaten zeigen die Mastzellen am deutlichsten, wenn sie vor Anwendung der hier beschriebenen Tinktionsmethode ein bis zwei Minuten in 2%ige Schwefel- oder Salpetersäure oder zwei Minuten in 5%igen Eisessig gelegt werden.

Literaturverzeichnis.

Karl Friedländer, Studien über automatische Herzbewegung. Untersuchungen aus dem physiologischen Institut zu Würzburg. 1867. 1. Teil.

Cohnheim, Über das Verhalten der fixen Bindegewebskörperchen bei der Entzündung. *Virchows Arch.* 1869.

Waldeyer, Über Bindegewebszellen. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1875. Bd. 11.

Kobybutt-Daskiewicz, Über die Entwicklung von Nerven aus Plasmazellen des Frosches. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1878. Bd. 12.

Ehrlich, Beiträge zur Kenntnis der Anilinfärbungen. *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. XIII.

— Beiträge zur Kenntnis der granulierten Zellen. Verhandl. d. physiolog. Ges. zu Berlin. 1878/79. Nr. VIII.

— Über die spezifischen Granulationen des Blutes. Verhandl. d. physiolog. Ges. zu Berlin. 1878/79. Nr. XX.

Eug. Westphal, Inaug.-Dissert. Über Mastzellen. Berlin 1880.

E. Spilling, Inaug.-Dissert. Über Blutuntersuchungen bei Leukämie. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1880. Bd. I.

Raudnitz, *Centralbl. f. med. Wiss.* 1883.

Neumann, Inaug.-Dissert. Über Plasmazellen. 1885.

Hoyer, Über den Nachweis des Mucins im Gewebe mittels der Färbmethode. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1890. Bd. 36.

van den Speck und Unna, Zur Kenntnis der Waldeyerschen Plasmazellen und Ehrlichschen Mastzellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 18.

Unna, Über die Reifung unserer Farbstoffe. *Zeitschr. f. wiss. Mikroskopie.* 1891. Bd. 8.

— *Berl. klin. Wochenschr.* 1892.

— Histopathologie der Hautkrankheiten (Neurofibrom, Urticaria pigmentosa, Miliaria, Syphilide). 1894.

— Die spez. Färbung der Mastzellenkörnung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 22.

— *Arch. f. Derm. u. Syphilis.* 1899.

— Über spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. II. Bd. 33.

— Die wirksamen Bestandteile des polychromen Methylenblaus und eine Verbesserung der Spongioplasmafärbung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. 38.

L. Ranvier, „Des Clasmatocytes." *Comptes rendus de l'Académie des Sciences.* 1890.

— „Transformation in vitro des lymphatiques en clasmatocytes." *Comptes rendus de l'Académie des Sciences.* 1891. CXII.

— „Des Clasmatocytes." *Arch. d'Anat. microscop.* 1900. T. III, fasc. II et III.

Metschnikow, Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation. Paris 1892.
Jadassohn, Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. 1892.
— Verhandlungen des IV. dermatologischen Kongresses. 1894.
Audry, Über Mastzellen (isoplastische Zellen). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 22.
Münchheimer, Über Mastzellen im tierischen und menschlichen Körper. *Fortschr. d. Medizin.* 1895. Bd. 13.
Bäumer, Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa. *Arch. f. Derm. u. Syphilis.* 1896. Bd. 34.
L. Schreiber und E. Neumann, Clasmatocyten, Mastzellen und primäre Wanderzellen. *Festschr. z. Feier d. 60. Geburtstages von Max Jaffe.* Braunschweig 1901.
L. Schreiber, Über ein bequemes Objekt zum Studium der Mastzellen (Clasmatocyten). *Münch. med. Wochenschr.* 1902. Bd. 49. I.
Marchand, *Sitzungsber. d. Marburger Ges. f. Naturwissensch.* 1897. Nr. 6.
— *Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges.* 1898. Bd. 1.
— Clasmatocyten, Mastzellen, Phagocyten des Netzes. *Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges.* 1901. IV. Nr. XII.
Pappenheim, Wie verhalten sich die Unnaschen Plasmazellen und Lymphocyten? *Arch. f. path. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med.* 1901. Bd. 166.
— Grundriss der Farbchemie. Berlin 1901.
Michaelis, Das Methylenblau und seine Zersetzungsprodukte. *Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. Abt. 1. Bd. 29.
— Über Mastzellen. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. Bd. 49. I.
A. Wolff, Über Mastzellen in Exsudaten, ein Beitrag zur aktiven Lymphocytose. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. Bd. 49. I.
Rabl, Mastzellen. *Handbuch d. Hautkrankheiten von Mraček.* 1902.
K. C. Schneider, *Lehrbuch der vergleichenden Histologie der Tiere.* Jena 1902.
Schwenter-Trachsler, Ein Beitrag zur Ekzemfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 37.
Fahr, Ein Beitrag zum Studium der Mastzellen. *Virchows Arch.* Bd. 179.
Schridde, Studien über die farblosen Zellen des menschlichen Blutes. *Münch. med. Wochenschr.* 1906.
Staffel, Zur Genese des melanotischen Pigmentes. *Münch. med. Wochenschr.* 1906.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 80, Heft 2. Juni 1906.

I. Beitrag zur Kenntnis des Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von J. Czillag-Budapest. Verfasser beobachtete an Rónas Klinik zwei Fälle dieser seltenen Erkrankung, von welcher bisher nur im ganzen 11 Fälle beschrieben worden sind. In diesen Fällen handelte es sich um Mutter und Tochter. Die klinische Diagnose Epithelioma adenoides cysticum wurde durch die spätere histologische Untersuchung befestigt. Die Ergebnisse der sehr eingehenden histologischen Untersuchungen der Tumoren ergab etwa folgendes: das Epithelioma adenoides cysticum besteht aus teils unmittelbar aus dem Deckepithel, teils aus der äußeren Wurzelscheide der Haarfollikel stammenden, aus nicht differenzierten embryonalen Epithel-

zellen aufgebauten Tumorchen. — Die in den Tumoren befindlichen Cysten sind zweifacher Art, und zwar a) die aus der kolloiden Degeneration der Tumorzellen entstandenen kleineren Cysten und b) die durch die Abschnürung der Follikel und Talgdrüsen entstandenen grofsen Retentionscysten. Die an den kleinen Tumoren sichtbaren milienartigen Gebilde entsprechen mikroskopisch den Retentionscysten der Follikel und Talgdrüsen. Die in abnormer Wucherung befindlichen einzelnen Basalzellengruppen des Deckepithels und einzelnen Stränge des Tumors neigen beim Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) zur Bildung von embryonalen Haarpapillen.

II. **Zur Pathogenese der multiplen Abscesse im Säuglingsalter,** von Felix Lewandowsky-Bern. Schon seit langer Zeit werden die multiplen Abscesse der Säuglinge als besonderes Krankheitsbild von den Furunkeln der Erwachsenen getrennt; sie unterscheiden sich von letzteren durch die geringe Spannung, das Fehlen starker entzündlicher Erscheinungen, die Neigung zu reichlicher Eiterbildung ohne nekrotische Pfröpfe. So beobachtete Verfasser im letzten Jahre drei Fälle von multiplen Abscessen und konnte auch das Sektionsmaterial untersuchen. Er kam dabei zu folgenden Schlüssen:

1. In den vom Verfasser untersuchten Fällen des einheitlichen Krankheitsbildes, das mit dem Namen „Multiple Abscesse des Säuglinge" bezeichnet wird, konnte die Entstehung durch exogene Infektion der Haut mit Staphylokokken bewiesen werden.

2. Histologisch konnte gezeigt werden, dafs die Staphylokokken in die kindliche Haut auf dem Wege der Schweifsdrüsenausführungsgänge gelangen.

3. Neben den Abscessen fand sich in vorliegenden Fällen eine von den bekannten Impetigoarten klinisch zu trennende, oberflächliche pustulöse Affektion, die histologisch als Eiterung in und um die Schweifsdrüsenporen, als Periporitis charakterisiert ist.

4. Von einer Periporitis kann ein tiefer Abscefs seinen Ausgang nehmen.

5. Ein Teil der tiefen Abscesse entsteht ohne vorangehende Pustulation durch Staphylokokken, die (wahrscheinlich) in die tieferen Teile der Ausführungsgänge vorgedrungen sind.

Zwei Tafeln erläutern die Untersuchungen.

III. **Ein Beitrag zur Kenntnis ungewöhnlicher Keratosisformen,** von C. Gutmann-Strafsburg i. E. Bei den ungewöhnlichen, nicht ganz in den Rahmen der geläufigen und sicher feststehenden Krankheitsbildern passenden Formen von Keratosis herrschen noch unter den Autoren grofse Meinungsverschiedenheiten, so dafs jeder Beitrag zu diesem Kapitel der Dermatologie berechtigt erscheint, welcher in irgend einer Weise klärend wirken kann. So beobachtete Verfasser eingehend einen interessanten Fall, über den berichtet wird. Die Hauptzüge des klinischen und histologischen Bildes sind dabei folgende: Bei einer 54jähr. Frau sieht man symmetrisch an Händen und Vorderarmen, im Gesicht und Nacken lokalisierte, als Follikelhyperkeratose imponierende Hautaffektion mit auffallender, im Gesichte besonders intensiver Pigmentierung vergesellschaftet und von starkem Juckreiz begleitet. Die Haut im Bereiche der erkrankten Partien ist ungewöhnlich trocken. Die Entwicklung der Krankheit erfolgte etwa im Laufe des letzten halben Jahres. Mikroskopisch entdeckte man eine diffuse Hyperkeratose, was man makroskopisch mehr vermuten als beweisen konnte, dem klinischen Bilde entsprechend eigenartige, durch die Hyperkeratose bedingte Formenveränderungen der obersten Follikelabschnitte; am Arm annähernd normaler Zustand, im Gesicht einfache Atrophie der Epidermis. Ferner zeigte sich Pigmentablagerung, im besonderen reichlich im Gesicht, im Bereiche der tiefsten Schichten des Rete Malpighi und namentlich der oberflächlichsten Lagen der Cutis, vollkommener Schwund der Talgdrüsen; im allgemeinen mäfsige, im Gesicht

erheblichere, entzündliche Erscheinungen in der Cutis, speziell um die Follikel herum. Die Histologie zeigte also, daſs der Fall zu der Keratosis follicularis gehört, eine Besprechung weiterer ähnlicher Fälle anderer Autoren beweisen am Zusammenhang deutlich, wenn es auch nicht an kleinen Differenzen fehlt. Im Gegensatz zu Unna, der die entzündlichen Veränderungen bei der Keratosis follicularis als das primäre des Leidens ansieht und die Erkrankung daher zu den oberflächlichen Entzündungen, den Hautkatarrhen, stellt, und in Übereinstimmung mit Samberger kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daſs das Wesen der Erkrankung eine erworbene Verhornungsanomalie ausmacht, daſs die Hyperkeratose das primäre ist.

IV. **Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus**, von Otto Seifert-Würzburg. Bei einer Anzahl von Lichen ruber planus-Fällen begünstigen mechanische Reize nicht nur die Ausbreitung des Lichen, sondern sie verzögern auch in unvorteilhafter Weise die Heilung. Einen weiteren ungünstigen Einfluſs auf die Heilung des Leidens, z. B. an den Unterschenkeln muſs man den durch Varicen bedingten Zirkulationsstörungen zumessen. Verfasser wandte daher bei solchen Fällen mit Erfolg den Unnaschen Zinkleimverband an, welcher sich auch an anderen Stellen neben Arsenmedikation sehr gut bewährte. Durch den Verband wird das Reiben durch die Kleidungsstücke vermieden und ebenso das Kratzen unmöglich gemacht, der Juckreiz nimmt sehr bald ab.

V. **Beitrag zur Lehre der sogenannten sarkoiden Geschwülste**, von G. Fano † und V. Liebmann-Triest. Verfasser veröffentlichen einen Fall, welcher zur Gruppe des Sarcoma haemorrhagicum Kaposi gehört. Bei demselben schreiten die Tumoren zentripetal über den ganzen Körper fort, sie sind schrotkorn-, erbsen- bis haselnuſsgroſs, gelblich, rötlich, werden später blutrot, sind teils diskret und unregelmäſsig situiert, teils zu Gruppen und diffusen Infiltraten auseinander gerückt. Die älteren Knoten sinken ein mit Hinterlassung dunkel pigmentierter, etwas erhabener Flecke. Keine Drüsenschwellung. Es unterscheidet sich aber vom Sarcoma idiopat. multipl. Kaposi klinisch durch den akuten, rapiden Verlauf, durch den Beginn an den unteren Extremitäten mit Freibleiben der Hände und Füſse, durch das Fehlen der Schmerzhaftigkeit, durch den Mangel ausgesprochener Schilferung der Epidermis bei der Involution. Histologisch unterscheidet sich der Fall durch den dem klinischen Bilde nicht entsprechenden, ganz unerwarteten Befund, daſs Kapillarhämorrhagien fehlten, nur spärliches Pigment in den Knoten, reichliches in der Epidermis vorhanden war. Aber in keiner anderen Gruppe der sarkoiden Geschwulst im Sinne Kaposis finden sich genügende Anhaltspunkte, um diesen Fall einzureihen. Wenn man das klinische Bild des Falles und die Befunde bei der Sektion in Betracht zieht, kommt man zu dem Schlusse, daſs es sich um eine akute Infektionskrankheit handelt: Im Prodromalstadium allgemeines Unwohlsein, Fieber, Schmerz in den Schultern. Diese Schmerzen breiten sich auf Beine und Rumpf aus, während die Untersuchung ein ganz negatives Resultat ergab, so daſs man zuerst an Rheumatismus dachte. Nach etwa 14 Tagen traten die ersten Knoten an den Unterschenkeln auf, die sich rasch über den ganzen Körper verbreiten. Der Eindruck, den die Kranke macht, ist der einer schwer Leidenden, der Harn ist eiweiſshaltig, Milz vergröſsert. Tod nach sechs Wochen. Sektion ergab Sarcomatosis cutis.

VI. **Über die Wärmeregulation bei universellen Hautkrankheiten**, von Paul Linser-Tübingen. Bei drei universellen Hauterkrankungen, Psoriasis vulgaris, universellem Ekzem und Erythrodermia exfoliativa infolge von Pseudoleukämie machte Verfasser Bestimmungen der Hauttemperaturen. Es zeigte sich, daſs die Hauttemperatur, die bei Gesunden durchschnittlich 3—3½° niedriger ist als die Rektaltemperatur, bei diesen Hautkranken nur um etwa 1° unter der Innenwärme steht.

Aber diese Erhöhung der Hauttemperatur ist nicht die einzige Änderung in den die Wärmeabgabe bei diesen Hautkranken beherrschenden Faktoren. Die ungleich wichtigere Rolle spielt dabei die stärkere Blutfülle der Hautgefäße, die sich durch die starke Rötung und Schwellung der Haut bemerkbar macht, die Erhöhung der Wärmeabgabe bei solchen Kranken beträgt etwa das doppelte der normalen, beim Gesunden ebenso die Wärmebildung.

VII. **Über ein Anreicherungsverfahren für gewisse Spirochätenarten mit Bemerkungen zu ihrer Biologie**, von Alfred Kraus-Prag. Die bisherigen Versuche, Spirochätenarten zu züchten, sind bekanntlich durchwegs negativ geblieben. Auch liegen Angaben über ein gelungenes Anreicherungsverfahren bisher nicht vor. Bei den Versuchen K.s wurde ein solches beobachtet, er benutzte Material von balanoposthitischem Sekrete und von solchem eines exulcerierten Karzinom des Penis. Beide enthielten reichlich Spirochäten, die in Bouillon gebracht wurden. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines Aufstriches dieser Bouillon sah Verfasser, daß in derselben Spirochäten in großer Menge vorhanden waren und zwar teilweise in Haufen und dichten Knäueln vereinigt. Meistens boten diese Knäuel im Zentrum ein dichtes Gewirr von Spirochäten dar, das oft so kompakt war, daß eine Unterscheidung in einzelne Exemplare ziemlich schwer fiel. Es zeigte sich also eine erfolgte Anreicherung des Spirochätenmaterials, was weitere Versuche bestätigten. In flüssigen Nährböden scheint also eine Anreicherung bei gewissen Spirochätenarten möglich zu sein. Dabei kommt es zum Auftreten von Degenerationserscheinungen, die mit der Zeit immer ausgesprochener werden und in einem körnchenartigen Zerfall der Spirochäten ihr Ende finden. In derartigen Degenerationszuständen befindliche Spirochäten erscheinen im Gegensatze zu anderen mechanischen Einflüssen gegenüber sehr wenig widerstandsfähig. In den relativ sehr bald auftretenden Degenerationszuständen ist vielleicht ein Grund für die bisher mißlungenen Kulturversuche zu erblicken.

VIII. **Eine Aufklebemethode für Paraffin- und Celloidinserien, sowie für Hautschuppen**, von Alfred Kraus-Prag. Verfasser empfiehlt eine wässerige Lösung von Albumin aus Eiern zum Aufkleben von Schnitten, und zwar benutzte Verfasser das Merckesche Albumin aus Eiern, das die Form gelber Blättchen hat. Dieses Präparat ist in achtfachem Gewicht gut löslich und filtriert die Lösung leicht. Die Vorteile des Verfahrens für Paraffinserien sind: die Einfachheit, die kurze Dauer, die Möglichkeit, ein faltenloses Strecken und dann ein sehr festes Haften der Schnitte auch eingreifenden Reagentien gegenüber bei absoluter Reinlichkeit zu erzielen. Ebenso glückten die Versuche bei Celloidinschnitten und ebenso bewährte sich die Methode, um Hautschuppen am Objektträger zu färben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lepra.

1906. Band VI. Heft III.

Über die Pathologie und Therapie der Lepra, von P. G. Unna-Hamburg. Die Arbeit ist in Band 42, Nr. 12 dieser *Monatshefte* veröffentlicht.

Schourp-Danzig.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juni 1906.

Erythema perstans, mit Bericht über zwei Fälle mit ringförmigen Efflorescenzen, von Grover W. Wende. In dem einen der Fälle handelte es sich um einen 28jährigen Schmied, bei dem das Hautleiden 4½ Jahre dauerte, gleichzeitig an

Armen und Beinen auftrat, die Effloreszenzen rasch an Zahl zunahmen und bald über den Bauch sich ausbreiteten; die einzelnen Effloreszenzen entwickelten sich allmählich von einem roten Punkt zu einem Ring, ein Vorgang, der zeitweise von Jucken begleitet war, hatten schliefslich die Gröfse einer Erbse bis zu 4 Zoll im Umfang und waren violettroter Farbe. Dieser Patient war zwei Jahre lang ständig unter Beobachtung und erhielt die verschiedensten Behandlungsarten, von äufseren Mitteln schien nur Chrysarobinsalbe Erfolg zu haben. In dem zweiten Falle, einem 43jährigen Mann betreffend, trat die Eruption zuerst am Hoden als rote Papel mit erhabenen Rändern auf, vergröfserte sich ständig und ging allmählich auf Oberschenkel, Beine und Füfse über. Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie Erythema multiforme in Betracht, aber die für dasselbe so charakteristischen konzentrischen verschieden gefärbten Ringe waren bei vorliegender Affektion niemals zu beobachten. W. berichtet noch über eine Reihe ähnlicher Fälle aus der Literatur, bei welchen teilweise nur chronisch entzündliche Herde, teilweise Papeln oder Knötchen und ganz diffuse Herde vorhanden waren. Irgendein Gesetz bezüglich der Dauer dieses Hautleidens, welches Wochen, Monate oder Jahre währen kann, scheint nicht zu bestehen, ebenso ist die Ätiologie eine dunkle, trotz zahlreicher, darüber ausgesprochener Theorien; kein Alter ist ausgenommen, die Krankheit scheint häufiger bei Männern wie bei Frauen zu sein. Vom Darm ausgehende Toxämie, Gicht oder rheumatische Diathese und atmosphärische Veränderungen schienen in manchen der Fälle ursächliche Bedeutung zu haben. Die geringe Zahl mikroskopischer Untersuchungen, die gemacht wurden, zeigen ziemliche Übereinstimmung: in allen Fällen oberflächliche Entzündung, Gefäfserweiterungen, Zellinfiltration und eine Art ödematösen Zustandes.

Ein Fall von chronischer Ulceration in der Scham- und Leistengegend, von S. Pollitzer-New York. Der Fall betraf einen 35jährigen Mann (Arbeiter) und begann mit einem kleinen Bläschen an der Glans penis, wenige Tage später trat ein solches an der Stirn auf und beide wandelten sich allmählich in Geschwüre um. Jenes an der Stirn kam nach einigen Monaten durch Salbenbehandlung zur Heilung, während jenes am Gliede jeder Behandlung trotzte, ja unter spezifischer Therapie sich noch zu verschlimmern schien und eine Anzahl (ca. 12) ähnlicher Geschwüre an der Scham- und Leistengegend zur Folge hatte; Inguinal- und Femoral-Drüsen sind nicht geschwollen; auch auf Druck nicht empfindlich. Die eingehende bakteriologische Untersuchung des Geschwürseiters ergab einen dem Rotzbacillus sehr ähnlichen Mikroorganismus, die histologische Untersuchung der Geschwüre absolut nichts Charakteristisches. Da alle äufseren Mittel keine Heilung brachten, wurde zur radikalen Exzision aller Geschwüre bis auf die Muskeln und Fascien geschritten und späterhin der Defekt durch Hauttransplantation mit Erfolg gedeckt. Es stellte sich nach einigen Wochen noch eine Hodenschwellung ein, welche P. als gummatöse erklärte; trotzdem und obwohl Patient nachträglich eingestand, vor etwa 12 Jahren ein Geschwür am Glied gehabt zu haben und deshalb ein Jahr in Behandlung gewesen zu sein, weist P. die Annahme, als ob es sich bei den Geschwüren um Gummata der Haut gehandelt habe, zurück; Verlauf und Verhalten gegen die Therapie sprächen durchaus dagegen, ebenso gegen die Annahme eines Hautkankroids. Es müfste sich also hier um eine bisher noch nicht beschriebene Hautkrankheit handeln.

In der folgenden Diskussion (auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 28. bis 30. Dezember 1905) erklärte Ravogli, er erinnere sich einer Anzahl ähnlicher Fälle von Ulcerationen an den Geschlechtsteilen oder deren Umgebung, wo es sehr schwierig war, zu unterscheiden, ob sie tuberkulöser oder syphilitischer Natur oder eine Mischung beider Infektionen wären. Auf die von verschiedenen Rednern geäufserte Ansicht, es habe sich in P.s Falle vielleicht doch

um Syphilis gehandelt, repliziert P. die drei Tatsachen: der bläschenartige Beginn, die offenbare Übertragung auf eine andere Körperstelle und die Heilung durch lokale Operation genügten, um Syphilis auszuschliefsen.

Intramuskuläre Injektionen bei der Behandlung der Syphilis und der Gebrauch von Hydrargyrum sozojodolicum, von ALEXANDER GARCEAU-San Franzisko. (Schlufs folgt.)

Bericht über zwei Fälle von Larva migrans mit spezieller Bezugnahme auf die Behandlung, von B. HUTCHINS-Atlanta. Der erste Fall betraf einen sechsjährigen Knaben, bei dem die Eintrittsstelle in der Mitte der Ulnarfläche der linken Hand lag, die Larva dann in wellenförmiger Linie in einem Tage um ca. 1 Zoll weiter ging und schliefslich gegen die Mitte des Corpus vordrang. Die Behandlung bestand darin, 1—2 Tropfen Cocain-Lösung hinter und in den wahrscheinlichen Sitz des Parasiten und darauf 1—2 Tropfen Chloroform zu injizieren; eine entzündliche Reaktion erfolgte nicht. Im zweiten Falle, einem mit Holzfällen beschäftigten Farmer, waren eine Anzahl Streifen, bogen-, schlingen- und ringförmiger Bänder am linken Bein vorhanden, ein sekundäres Ekzem entstanden und dieselbe Behandlung angewandt worden, es entstand aber an der Injektionsstelle Nekrose und die Larven verbreiteten sich nach allen Seiten; Patient wurde nach zwei Monaten wiedergesehen, und die Larven waren durch wiederholte Applikationen von Jodtinktur zerstört. Die obige Cocain-Chloroform-Behandlung erklärt G. durch für die Idealbehandlung der Larva migrans. *Stern-München.*

La Syphilis.

Bd. IV. Heft 6. Juni 1906.

I. **Untersuchungen über die Übertragung der Syphilis auf die Affen,** von A. NEISSER. Die Arbeit NEISSERS ist in der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1906, Nr. 1—8 erschienen und hier in Form eines eingehenden Referates wiedergegeben.

II. **Behandlung hereditärer Syphilis bei Neugeborenen,** von L. JULLIEN. Die Behandlung der hereditären Syphilis im ersten Alter ist in der Hauptsache merkurial und zwar ist es am besten, die interne Behandlung zu vermeiden. Man hat somit die Wahl zwischen Bädern, Einreibungen, Pflastern und Injektionen. Die Sublimatbäder mit 2—3 g Sublimat pro Bad, eine halbe Stunde dauernd jeden zweiten Tag haben sich stets gut bewährt. Zu den Inunktionen benutzt man die gewöhnliche graue Salbe oder Kalomelsalbe, etwa 1—2 g täglich, man reibt vier bis fünf Minuten lang ein. Von Pflastern ist bekannt der Emplastrum de Vigo, doch zieht Verfasser heute das Kalomelpflaster von QUINQUAUD vor. Auch Injektionen von 1—3 cg Kalomel wöchentlich einmal werden gut vertragen, natürlich mufs man dabei die nötige Vorsicht anwenden, dagegen ist das graue Öl nicht zu empfehlen, ebensowenig eignen sich die täglichen Einspritzungen löslicher Salze. Innerlich ist das Beste der Liquor VAN SWIETEN, welcher leicht vertragen wird. Man beginnt mit 1 g in Milch und steigt allmählich bis zu 2 Teelöffel. Nach den ersten Monaten kann Jodkalium von Nutzen sein, besonders wenn die absolute Milchnahrung des Kindes aufgehört hat. Man gibt dann 20 bis 30 cg. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 4.

Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustand, von LEON KARWACKI. Nach einleitenden Bemerkungen über die Untersuchungsmethoden übergeht Verfasser zur Beschreibung einzelner an den Geschlechtsorganen

im gesunden und kranken Zustande vorkommenden Parasiten. Der eingehenden Schilderung derselben, die mit mehreren Abbildungen versehen ist, entnehmen wir nur die wichtigsten, vom Verfasser selbst gemachten Beobachtungen.

1. Der Smegmabacillus wurde vom Verfasser hauptsächlich in dem normalen Sekrete, im Eiter dagegen nur in drei Fällen (auf 100 Präparate) vorgefunden. Die Reinkultur wurde nicht aus Smegma, sondern aus dem Urin gewonnen. Die Differenzierung von den Tuberkelbazillen beruht im allgemeinen auf geringer Widerstandsfähigkeit der Smegmabazillen gegenüber der kombinierten Einwirkung von Säuren und Alkohol; es gibt aber manchmal Kulturen, bei denen diese Differenzierung nicht genügend erscheint, und Verfasser hat einen solchen Fall beobachtet; in diesen Fällen muſs man zur Impfung auf Meerschweinchen greifen: zum Unterschied von Tuberkelbazillen rufen die subcutan injizierten Smegmabazillen weder allgemeine Erkrankung noch Tuberkelbildung in den inneren Organen hervor.

2. Die pseudodiphtheritischen Bazillen werden sehr häufig in den Sekreten verschiedener Exulcerationen an den Genitalien vorgefunden; zweimal konnte Verfasser dieselben in den luetischen Inguinaldrüsen nachweisen. Reinkulturen wurden auf Glycerinagar (2 %) zweimal gewonnen: aus einem Prostataabceſs und aus einem Primäraffekt.

3. Den Bacillus involutus von Waelsch konnte Verfasser in einem Falle von Balanitis nachweisen. Die aus der Kultur (Glycerinagar) gewonnenen Präparate zeichneten sich durch eine auffallende Mannigfaltigkeit der Parasitenformen, die dem Verfasser ganz unbekannt waren, bis er die Arbeit von Waelsch (die einen Monat nach seiner Beobachtung erschienen ist) gelesen hat. Die Bazillen färbten sich sehr gut mit gewöhnlichen Farbstoffen und entfärbten sich nach Gram nicht. Eigenbewegung fehlte. Die Impfversuche an Tieren blieben erfolglos.

4. Die Streptokokken allein kommen in den Erosionen und Geschwüren an den Genitalien verhältnismäſsig sehr selten vor. Verfasser ist es nur einmal gelungen, kurze Streptokokkenketten im Eiter der erosiven Balanitis zu finden und daraus eine Reinkultur auf Ascitesagar zu gewinnen. Die Staphylokokken werden dagegen bei fast allen entzündlichen Prozessen an den Geschlechtsorganen gefunden; auf 100 Fälle sind sie vom Verfasser nur in einzelnen Fällen vermiſst worden. Die Morphologie derselben zeichnet sich durch eine sehr groſse Mannigfaltigkeit aus; Verfasser fand hier, neben typischen Formen von Staphylococcus albus, aureus und citreus, Varietäten vor, die mit dem Micrococcus Doyeni sehr verwandt waren, ferner Formen, die durch besonders groſse Dimensionen einzelner Kokken auffielen (Staphylococcus magnus) und solche, die von den Enterokokken nicht zu unterscheiden waren.

5. Der Heubacillus wurde in nur 2 % der untersuchten Fälle und zwar nur bei der Balanitis vom Verfasser nachgewiesen.

6. Die Gonokokken sind vom Verfasser in einem Falle von Ulcus penis vorgefunden, das klinisch als weicher Schanker aussah. Patient litt gleichzeitig an einer Urethralblennorrhoe, das Trippersekret gab also hier Veranlassung zur Entstehung des blennorrhoischen Geschwürs am Gliede.

7. Pilzfäden sah Verfasser in zwei Fällen von Balanitis und in einem Falle vom atypischen Primäraffekt. In dem letzten Falle bestand der Eiter fast ausschlieſslich aus dünnen, dicht zusammengeflochtenen Pilzfäden, in den zwei ersteren waren die Fäden dick, isoliert, deutlich zergliedert und neben ihnen sah man runde Zellen von der Gröſse eines kleinen Lymphocyten, gleichmäſsig dunkelviolett nach Gram färbbar, Oidiumarten gleich. Keinen dieser drei Fälle konnte Verfasser kulturell untersuchen.

8. Der Bacillus des weichen Schankers, dessen Geschichte und Morphologie, sowie die pathologische Anatomie des Ulcus molle eingehend geschildert wird, wurde vom Verfasser aus einem Falle kulturell nachgewiesen, wo das Geschwür sich noch als ein eitriges, mit Epithel bedecktes Bläschen vorstellte; als Nährboden diente Agar mit Kaninchenblut. Gute Resultate erhielt Verfasser bei Anwendung flüssiger Nährböden.

9. Der Streptobacillus urethrae (Pfeiffer) wurde in zwei Fällen von eitriger Balanitis auf Marmoreks Nährboden vorgefunden. Der Pfeiffersche Bacillus ist dem Ducreyschen zweifellos sehr ähnlich; naheliegend wäre die Vermutung, das der Bacillus des weichen Schankers eine maligne Abart des Streptococcus urethrae darstellt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bücherbesprechungen.

Die Prostitution vom Standpunkte der Sozialhygiene aus betrachtet, von Max Gruber-Wien. 2. Aufl. (Wien, Franz Deuticke. 1905.) Der Verfasser wendet sich gegen die Ansichten Karl Jentschs, welche dieser unter dem Titel „Sexualethik, Sexualjustiz, Sexualpolizei" veröffentlichte; Gruber nennt diese Abhandlung das „Lob der Prostitution" und weist nach, dafs die Aufstellungen Jentschs irrig sind, weil er die hygienische Seite der Frage teils falsch beurteilt, teils völlig übersehen hat.
Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Die Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris, von James W. Hunter-Norfolk. (*New York med. Journ.* 27. Jan. 1906.) In einer allgemeinen Betrachtung kommt H. zu dem Schlusse, dafs die Röntgentherapie des Lupus vor der Phototherapie, wenn auch die Endresultate mit beiden Mitteln sehr günstige seien, den Vorzug verdiene, da sie weniger Arbeit mache und rascher zum Ziele führe. Was die eigentliche Wirkung der Röntgenstrahlen betrifft, so glaubt H., dafs sie direkt auf die Zellen, nicht auf das umgebende Gewebe stattfindet, dafs die Zellen bösartiger Neubildungen, weil rascher wachsend wie normales Gewebe, weniger widerstandsfähig seien, und dafs die Therapie um so schwieriger sei, je mehr sich die Widerstandsfähigkeit der erkrankten Gewebe der Norm nähert. H. wendet eine Stromstärke von 110 Volt, ferner abwechselnd weiche und harte, alte und neue Röhren an, um stärkere Dermatitis zu vermeiden, macht für die ersten drei oder vier Male tägliche Sitzungen von zehn Minuten Dauer, dann dreimal pro Woche für die nächsten sechs Sitzungen usf. mit immer gröfseren Pausen. Der schlimmste Fall, welchen H. behandelte, hatte bereits 22 Jahre gedauert und betraf einen 67jährigen Mann, dessen ganze Nase befallen

war; sechs Monate nach der letzten Bestrahlung war nur eine schöne Narbe zu sehen. Von allen seinen (wie vielen? Ref.) Fällen erlebte H. nur in einem ein Rezidiv. Kurz, Verfasser erklärt die Röntgentherapie wegen ihrer selektiven Einwirkung auf das kranke Gewebe, kurzen Dauer der Sitzungen, der Schmerzlosigkeit, wegen der kumulierenden Eigenschaften und der vorzüglichen kosmetischen Resultate für das beste Mittel, das wir nun besitzen. *Stern-München.*

Die „Lichttherapie" bei Lupus vulgaris, von M. A. Morris-London. (*Lancet.* 28. Okt. 1905.) Die Finsensche Methode (denn nur um diese handelt es sich, wenn man von „Lichttherapie" spricht) ist zwar kein Allheilmittel für Lupuskranke, aber doch ein sehr wertvolles und in mancher Hinsicht durch kein anderes Hilfsmittel zu ersetzendes Agens. Die wesentlichen Vorzüge des Verfahrens sind das Fehlen jeglicher Narbenbildung oder Gesundheitsstörung. Besonders bei kleinen, frischen Herden sind die Resultate in jeder Beziehung erfreulich. Bei gröfseren Gebieten und bei Lokalisation im Innern der Nase oder des Mundes tritt die Röntgenbestrahlung vorteilhaft ein. Auch die sonstige Medikation mit Pyrogallussäure, Salicyl, Karbolsäure usw. wird nicht zu entbehren sein. Trotz allem kommen aber immer noch Fälle vor, welche jeglicher Behandlung trotzen und die nur vielleicht durch eine „Umstimmung" des ganzen Organismus zur Heilung gelangen können. Betreffs der Lichtbehandlung mufs namentlich vor minderwertigen Apparaten gewarnt werden. M. verwendet nur die Finsen-Reynsche Lampe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Phototherapie des Lupus vulgaris im Hospital Sankt Göran, Stockholm, von Magnus Möller. (*La lutte contre la tuberculose en Suède.* 1905.) Verfasser hat im Sankt Göraner Krankenhause eine Finsen-Lampe von 50—70 Amp. und 50—65 Volt mit vier Konzentratoren zur Verfügung, deren Einrichtung mit der im Finsenschen Institute identisch ist. Im Laufe von 2½ Jahren wurden vom Verfasser mit dieser Lampe 121 Lupusfälle behandelt. Verfasser teilt dieselben in drei Gruppen ein: 1. primärer oder durch Inokulation erworbener Lupus, 2. sekundärer oder per continuitatem entstandener Lupus und 3. Lupus als Begleiterscheinung anderer tuberkulöser Affektionen.

Die Prognose und die Art der Behandlung hängt wesentlich damit zusammen, zu welcher Gruppe der Fall gehört. Die Fälle der ersten und dritten Gruppe eignen sich am besten zur Phototherapie; dieselbe mufs bei den zur dritten Gruppe gehörenden Fällen mit allgemeinen, hygienisch-diätetischen Mafsregeln verbunden sein. Bei sekundären Lupusfällen mufs zuerst die Grundursache in Angriff genommen werden. — Von den 121 Fällen des Verfassers sind bereits 74 aus der Behandlung entlassen worden, und zwar 41 als geheilt, 22 beinahe geheilt, 11 wesentlich gebessert.

Die allgemeinen Schlüsse, die Verfasser aus seinen Fällen zieht, sind folgende: Die Phototherapie hat vor allen anderen Methoden der Lupusbehandlung den Vorzug, die Ursache der Erkrankung anzugreifen, schmerzlos und unblutig zu verfahren. Die bakteriziden chemischen Strahlen dringen dabei in die Tiefe, ohne dafs sie schädlich wirken können, Vom ästhetischen Standpunkte aus gibt die Phototherapie die schönsten Narben. — Die Zahl der Geheilten (55,4 % während 2½ Jahren) ist ziemlich grofs; die Heilung wird oft dadurch erschwert, dafs der Lupus als sekundäre Erkrankung erscheint und der primäre tuberkulöse Herd jeder Behandlung trotzt.

Ähnlich allen anderen Behandlungsmethoden des Lupus bedarf die Phototherapie einer Unterstützung in Form chirurgischer, rhinologischer und anderer Eingriffe.

Den Nachteil der Methode bildet die lange Behandlungsdauer und die einstweilen grofse Kostspieligkeit derselben. — Die Arbeit wird mit einer übersichtlichen Tabelle über den Krankheitsverlauf aller 121 Fälle geschlossen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein technischer Beitrag zur Finsentherapie nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung, von PAUL WICHMANN-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 50.) Verfasser berichtet über eine Vorrichtung an der FINSEN-REYN-Lampe, die die Drucklinse selbsttätig fixiert und so durch Entbehrlichmachung des Wartepersonals den Betrieb erheblich verbilligt. Ein automatischer Ausschalter verhindert die Schädigung der Lampe, wenn durch Auseinanderweichen der Elektroden der Kohlenbogen erlischt. Auch bei Schleimhautlupus der Ober- oder Unterlippe ermöglicht die Vorrichtung eine gute Fixierung der Drucklinse. — Die Resultate der Finsenbehandlung sind an geeigneten Fällen und bei Beherrschung der Technik sehr zufriedenstellend. Für ulcerative Prozesse und Fälle mit starker Ödembildung bevorzugt Verfasser die Röntgenbestrahlungen, ebenso als Palliativmethode. Röntgen- wie Finsenbehandlung hat Verfasser teils mit, teils ohne Zuhilfenahme der Sensibilisation mittels Eosin durchgeführt. In Kombination mit der Röntgenbelichtung hat sich die Sensibilisierung bewährt, mit dem Finsenverfahren weniger. *A. Loewald-Kolmar.*

Eine neue, kombinierte Heilmethode bei Lupus, von F. BLOEBAUM-Cöln. (*Medico.* 8. Novbr. 1905.) Des Verfassers Methode ist neu nur in der Kombination der angewandten Mittel. Sie besteht darin, daß die Lupusgeschwüre galvano-kauterisiert und gleich darauf mit 20 % Kalium permanganicum-Lösung bepinselt werden. Haben die Schmerzen, eventuell unter Zuhilfenahme von Eisumschlägen, aufgehört, so wird mit UNNAS grüner Lupussalbe verbunden. Zuweilen kommt man mit einmaliger Kauterisierung und Pinselung aus, in anderen Fällen sind mehrere Sitzungen nötig. Verfasser berichtet über drei nach dieser Methode mit gutem Erfolg behandelte Fälle. *A. Loewald-Kolmar.*

Über kombinierte Behandlung des Lupus, von H. STREBEL-München. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr 42.) ST. empfiehlt die kombinierte Lichttherapie bei Lupus, und zwar verwendet er bei Lupus vulgaris et serpiginosus, soweit es sich um papillomatöse Gebiete handelt, die Beseitigung derselben mittels Photokaustik in einer Sitzung; nach Auftreten einer entzündlichen Reaktion Röntgenbehandlung mit weichem Rohr bis 5—6 H. Kleine, disseminierte Herde werden mit Photokaustik oder Hochfrequenzfunken behandelt. Dauer zwei bis sechs Wochen, abwarten, bei Rezidiven neuer Cyklus. Bei Lupus pigmentosus erzeugt ST. Röntgenreaktionen ersten bis zweiten Grades. Einzelne kleine Herde behandelt er mit Photokaustik oder Hochfrequenz. Auch die Kathodenstrahlenbehandlung, mit welcher in jeder Sitzung 2 qcm große Flächen in 10—15 Minuten behandelt werden, gibt gute Resultate und schöne bindegewebige Narbenflächen. Der eigentlichen Lichtbehandlung soll ein mehrfach zu erneuernder Verband mit 20 % Pyrogallussalbe und gleichzeitige Bestrahlung etwa 30—60 Minuten lang mit Kohlenbogenlicht vorausgehen, um durch die erzeugte Hyperämie ausgiebige Schälwirkungen und Entzündung zu erhalten. Erst dann hat die eigentliche Lichtbehandlung Aussicht auf Erfolg. Für Lupus verrucosus und Lupusknollennase empfiehlt ST. die Photokaustik in Narkose 6—10 Minuten lang. Die Ränder der so erhaltenen Verbrennung dritten Grades bestreicht er mit dem Flachbrenner, um des besseren kosmetischen Resultates willen. Eventuell kommt noch die Hochfrequenzfunkenbehandlung in Betracht. Lupus tumidus wird am besten durch Röntgenstrahlen beeinflußt; bei mangelhaftem Erfolg ebenfalls photokaustische Behandlung. Auch bei Lupus exulcerans erzielt ST. mit Röntgenstrahlen gute Resultate, kommt aber mit Erzeugung von Entzündungen stärksten Grades mittels Eisenlicht schneller zum Ziel. Lupus pernio konnte ST. durch Röntgenlicht günstig beeinflussen; sehr rasche Erfolge sah Verfasser mit Photokaustik und Funkenbehandlung. Bei Lupus der Schleimhaut konnte ST. nur mit der Hochfrequenzfunkenmethode prompte Heilung erzielen; auch Radium wirkt günstig. *Putzler-Danzig.*

Die Behandlung der Hauttuberkulose (Lupus vulgaris und erythematodes), von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 13.) Zusammenstellung der Mittel und Methoden, die zur Behandlung des Lupus vulgaris und des Lupus erythematodes angewendet werden. Unter den Mitteln gegen Lupus vulgaris erwähnt J. auch das Radium, dessen Wirkung aber schwer auf das gewünschte Mafs zu beschränken ist. So sah J. bei einem Kranken die ganze Hand bedeckt mit tiefgreifenden Geschwüren, die zu einer starken Verkrümmung der Finger führten; die Schädigung war dadurch entstanden, dafs der Mann ein Stückchen Radium in einer Aluminiumbüchse 120 Stunden lang auf einer tuberkulös erkrankten Hautpartie der Hand getragen hatte. Jetzt wird vorzugsweise ein radio-aktives Pulver angewendet, aber auch dabei ist grofse Vorsicht notwendig.

Zur Behandlung der fixierten Form des Lupus erythematodes wird u. a. Essig mit einem Eigelb verrührt empfohlen; das Mittel mufs mehrere Nächte hintereinander appliziert werden. Skarifikationen, Kauterisationen und Lichttherapie ergeben nur zweifelhafte Resultate. Bei der zentrifugalen Form des Lupus erythematodes ist die Therapie ziemlich machtlos; man mufs sich darauf beschränken, das Allgemeinbefinden zu heben und eine etwaige Dyspepsie oder Obstipation zu beseitigen. Brocq empfiehlt aufserdem den Gebrauch von Pillen, die je 0,05 Chinin. sulfur. und Ergotin, 0,001 Extract. Belladonn. und 0,01 Extract. Gentian. enthalten (4—8 Pillen pro die). Der Erfolg einer Behandlung mit Hochfrequenzströmen ist ein recht unsicherer.

Götz-München.

Behandlung von Lupus vulgaris mit Aesculin in Verbindung mit Finsenlicht, von G. H. Graham-London. (*Lancet.* 16. Dezbr. 1905.) Aesculin ist ein von Minor dargestelltes Glucosid, das in der inneren Rinde der Zweige der Rofskastanie (Aesculus hippo castanum) vorzugsweise angetroffen wird. Dasselbe ist in kaltem Wasser wenig, in kochendem leicht löslich; der Zusatz von 2—3 % Natron carbonicum verhindert das Ausfällen beim Abkühlen. Besonders charakteristisch ist die sehr hochgradige Fluoreszenz des Körpers. Wie es scheint, geht dieses Glukosid unverändert durch den menschlichen Körper hindurch und überträgt die Eigenschaft der Fluoreszenz auf den Urin. Verfasser hat dies an sich selbst nach einer subcutanen (gänzlich schmerzlosen und auch sonst symptomlosen) Injektion von 1/4 ccm einer 5 %igen Lösung beobachtet. Die Einwirkung auf tierisches Gewebe demonstrierte G., indem er einem Meerschweinchen eine ähnliche subcutane Injektion gab, die glattrasierte Stelle frei präparierte, aufspannte und mit einem Finsen-Reyn-Apparat bestrahlte. Die Fluoreszenz war überall, aufser an einigen Stellen, wo eine ziemlich dicke Muskelschicht dem subcutanen Zellgewebe noch anhaftete, deutlich ausgesprochen. Für therapeutische Zwecke genügt es, von einer 5 %igen Lösung etwa 0,05 bis 0,30 g an der zu behandelnden Stelle und nicht zu tief zu injizieren. Unter mindestens 100 Injektionen war keine mit irgendwelchen unliebsamen Folgen verknüpft. Der Wert der Methode tritt namentlich bei hartnäckigen Herden von langem Bestande hervor. Wie es scheint, verstärkt das Aesculin den Einfluss der violetten und ultra-violetten Strahlen im Gewebe in erheblichem Mafse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

c. *Syphilis.*

Über die Autoinokulation des syphilitischen Schankers, von Georges Quentin. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 350.) In gewissen Fällen ist die Syphilis „réinoculable" auf den Träger eines Schankers. Die dabei auftretenden Schanker sind nicht typisch und können mit denen beim syphilitisch inokulierten Schimpansen verglichen werden. *Fritz Loeb-München.*

Über sukzessive syphilitische Schanker, von G. Sabarânu. (*Thèse de Paris.* 1905.) Verfasser berichtet in seiner interessanten Arbeit über die zahlreichen in der Literatur niedergelegten Fälle von sukzessiven syphilitischen Schankern und fügt diesen Fällen einige neue hinzu. Er bespricht eingehend die experimentellen und klinischen Tatsachen und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Es gibt sukzessive syphilitische Schanker vor dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen; dieses Vorkommen ist durch Experiment und klinische Erfahrungen sichergestellt. In kausaler Beziehung handelt es sich entweder um gleichzeitige oder sukzessive Inokulation; diese kann statthaben vor dem Auftreten des ersten Schankers und nach seinem Auftreten.

2. Die Infektionen vor dem Auftreten des ersten Schankers sind entweder verursacht durch das Virus des Kranken selbst (Autoinfektion), oder das Virus einer anderen Person (Heteroinfektion). Autoinfektion kann für den zuletzt erschienenen Schanker angenommen werden, wenn die sukzessiven Schanker nach einem Intervall von mehr als zehn Tagen erschienen sind.

3. Die Zeit des Auftretens der verschiedenen Schanker läfst keinen Schluſs zu über den Beginn der Infektion oder die Dauer der Inkubation. Die Inkubationsdauer der sukzessiven Schanker ist variabel, nicht nur in den Fällen heterogener Infektion, sondern auch bei Autoinfektion. Die Autoinfektion ist unabhängig vom Alter des Schankers und vom Verhalten der benachbarten Drüsen; sie ist dem Erscheinen allgemeiner Symptome untergeordnet.

4. Sukzessive Schanker, die mehr als zehn Tage vor den sekundären Erscheinungen auftreten, sind echte erosive, typische Schanker, im Gegensatz zu den papulösen, die in den letzten zehn Tagen vor dem Auftreten sekundärer Erscheinungen sich zeigen. Einen Einfluſs auf den Verlauf und die Schwere der Sekundärerscheinungen haben weder die Multiplizität noch die Aufeinanderfolge der Affekte.

5. Das Vorkommen sukzessiver syphilitischer Schanker zeigt, daſs die Immunität des Organismus sehr spät in der zweiten Inkubation eintritt.

6. Trotz des späten Eintretens der Immunität bleiben zahlreiche schankröse Inokulationen negativ. Die Hauptursachen sind: regionäre Immunität, allgemeine Immunität, lokale Behandlung, merkurielle Behandlung des Kranken.

Fritz Loeb-München.

Die Differentialdiagnose des syphilitischen Schankers, von Thibierge. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 50.) Besprechung der Differentialdiagnose und des Primäraffektes gegenüber dem Ulcus molle und dem Herpes. *Götz-München.*

Über Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochäten, von Kowalewski-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 52.) Durch Kuſs entstanden, zeigte sich bei einem 18jährigen Mädchen an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittteil des linken Oberlides ein Geschwür mit derber, indolenter Schwellung der Präaurikular- und Cervicaldrüsen. Im Lidgeschwür fanden sich massenhaft Spirochäten, so daſs diese die Diagnose leicht vervollständigen und bestätigen halfen, schlieſslich sehr wichtig bei solchen Untersuchungen auf extragenitale Sklerosen. Solche Fälle extragenital erworbener Syphilis sollten mehr und mehr im sozial mildernden Sinne dazu benutzt werden, um gegen das Odium der Syphilis wenigstens die „Lues insontium“ zu verwahren, und damit ist die Brücke gegeben, überhaupt die oft noch sozial übertriebene Scheu vor Syphilitischen zu mildern. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über extragenital akquirierte Primäraffekte an Kinn, Wangen, Ohren, behaartem Kopf und Stirn und anschlieſsend daran ein Fall von Initialsklerose an der rechten Wange, von Richard Otto Lurz. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Über Heifsluftkauterisation des Ulcus durum, von Walter Hafemann. (Inaug.-Dissert. Rostock 1905.) In seiner fleifsigen Arbeit gibt Verfasser einen interessanten historischen Überblick über die Abortivtherapie des harten Schankers. Jean de Vigo war nachweislich im Jahre 1508 der erste, der empfahl, den Primäraffekt durch Ätzmittel zu zerstören. Er war auch der erste, der eine solche Ätzung selbst vornahm in dem Glauben, die Syphilis dadurch abortiv beeinflussen zu können. So wurde er gleichzeitig der erste Vertreter des Gedankens, die Lues abortiv zu behandeln. Ähnlich der Zerstörung des Primäraffektes mit chemischen Ätzmitteln ist die mit thermischen Apparaten. Die am meisten geübte Methode der Zerstörung des syphilitischen Geschwüres ist das Exzisionsverfahren. Es wurde 1867 von Hütra eingeführt.

Diesen zum Teil von alters her bekannten und ausgeführten Methoden der lokalen Behandlung des luetischen Geschwürs hat Eugen Holländer in seiner kontaktlosen Kauterisation des Primäraffektes mittels heifser Luft ein Verfahren an die Seite gestellt, das bei Vorhandensein aller Vorzüge der älteren manche von den Nachteilen derselben vermissen läfst. Die ersten Versuche Holländers datieren aus dem Jahre 1897, nachdem das Verfahren zuerst beim Lupus erprobt war.

Holländers Prinzip bestand in einer allmählichen Erwärmung des erkrankten Gewebes von dem einfachsten Grade oberflächlicher Verbrennung bis zur vollkommenen Verkohlung, und zwar ohne Kontaktwirkung. Verfasser gibt eine genaue Beschreibung der Technik der Heifsluftkauterisation, wie er sie bei seinen Versuchen in der Poliklinik von Dr. M. Joseph geübt hat. Joseph hat im ganzen 145 Personen nach Holländers Methode gebrannt. Die Heilungstendenz der mittels heifser Luft gebrannten Geschwüre schwankt zwischen drei und vier Wochen. Die Schmerzhaftigkeit ist verhältnismäfsig gering und kann durch lokale Anästhesie aufgehoben werden. Joseph nahm zunächst zu Versuchszwecken alle von ihm zwar als Ulcus durum diagnostizierten, aber unterschiedslos sich ihm zufällig darbietenden Fälle, deren Inkubationszeit mitunter schon Wochen zurücklag. Von den 145 der Behandlung unterzogenen Fällen zeigten 30 mittels heifser Luft gebrannte Patienten im Verlauf von mindestens sechs Monaten nach der Operation keine irgendwie sichtbaren Erscheinungen von Lues; demgegenüber trat bei 33 Fällen ein syphilitisches Exanthem auf. Der Rest der Fälle hat nicht weiter beobachtet werden können. Sechs von den 30 Fällen, bei welchen keine weiteren Erscheinungen von Lues wahrgenommen werden konnten, sind sechs Monate bis ein Jahr nach der Operation ohne Secundaria geblieben; 16 Personen sind zwischen ein und zwei Jahren frei von Sekundärerscheinungen, während bei acht Kranken zwei bis drei Jahre hindurch keine luetischen Krankheitserscheinungen konstatiert werden konnten.

Auf Grund dieser Erfahrungen kann und soll noch keine absolute Forderung erhoben werden, das Holländersche Abortivverfahren anzuwenden. Die Arbeit Hafemanns erfüllt ihren Zweck als eine Anregung, weitere Versuche mit dieser Behandlung des Ulcus durum anzustellen. *Fritz Loeb-München.*

Über die Bedeutung der Syphilis in der internen Medizin, von Friedrich Pineles-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 48 u. 49.) P. hält es für geboten, die häufigeren und für den Internisten praktisch wichtigeren Krankheitsbilder der Syphilis noch einmal zusammenzufassen. Vor allen Dingen handelt es sich im Sekundärstadium um:

die Angina specifica,
„ Arthritis specifica,
„ Meningealirritation,
„ Enteritis luetica,

den Ikterus syphiliticus,
ein selten auftretendes Fieber und
die Albuminuria luetica;

im Tertiärstadium in erster Linie um die Erkrankung des Nervensystems, von denen die Hirnrückenmarksyphilis am Anfang des tertiären Stadiums, die Parasyphilis am Ende desselben stehen. Daneben interessieren den Internisten noch besonders:

die Lebersyphilis,
das luetische Leberfieber,
die Darmsyphilis,
„ Lungensyphilis,
„ Herzsyphilis,
„ Gefäfssyphilis:
a) Aneurysma,
b) Aorteninsuffizienz,
c) Angina pectoris (Syphilis der Coronargefäfse),
„ Nephritis luetica und
„ Gelenksyphilis. *Putzler-Dansig.*

Ist die Syphilis eine schwerere Krankheit als der Tripper? von Alex. Doctor. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1905. Nr. 48.) Der Verfasser beantwortet die Frage vom Standpunkte des Frauenarztes mit der These: Die Lues stiftet aufserhalb der Ehe und bei den Männern, der Tripper innerhalb der Ehe und bei den Frauen mehr Unheil und Verheerung in Gesundheit und Lebensglück. Er glaubt, dafs der Tripper in Anbetracht seiner gröfseren Verbreitung und der gröfseren Schädigungen, welche er im Eheleben verursacht, an Schwere nicht der Syphilis nachsteht.

Schourp-Dansig.

Der heutige Stand der Syphiliserkenntnis, von van Niessen-Wiesbaden. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 43—48.) In einem langen Artikel verbreitet sich der unermüdliche Forscher über die schon oft von ihm ventilierte Frage; das Fazit seiner ätiologischen Arbeiten und Anschauungen über das Syphiliswesen läfst sich etwa in folgende Thesen zusammenfassen:

1. Die Syphilis ist mindestens so alt als das Menschengeschlecht!

2. Die vergleichende Mykologie, Phylogenie und Pathologie sprechen dafür, dafs die spezifische Anthropopathogenisierung (schönes Wort. D. Ref.) des saprophytisch und fermentativ ubiquitären Phytoplasmas zum Syphiliserreger und die Entstehung des ersten Syphilisfalles sich ebensogut in der alten wie in der neuen Welt vollzogen haben kann und ebensowohl sich heutzutage wiederholen könnte, wenn die hierzu erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

3. Der Syphiliserreger ist phylogenetisch mit den anderen pathogenen Bakterienarten nahe verwandt und läfst sich mykologisch-ontogenetisch in eine ganze Anzahl derselben umzüchten (Sacharomyces, Kefirpilz, Tuberkel-, Diphtherie-, Pestbacillus, Gonococcus, Canceromyces usw.).

4. Zur Syphilis ist pathologisch daher weit mehr zu rechnen, als bisher geschieht. Sie ist die Grundursache einer ganzen Reihe nosologisch nicht erkannter oder verkannter Krankheiten, zumal auch Zoonosen, und stellt eine Art chronische Sepsis dar, die mit der Zeit stets zur Diathese führt. Die diathetischen, diffusen Prozesse können dabei neben den lokalisierten circumskripten einhergehen.

5. Der Syphilisnachweis geschieht in vivo mit absoluter Sicherheit und bei allen Formen und Stadien, sowie den Folgezuständen der Krankheit mittels der Reinkultur des Syphiliserregers aus dem Blute. Er kann ferner beim Sperma, Knochenmark, heredo-

syphilitischen Kindsleichen und aus Syphilisprodukten (Condyl. lata) erfolgen. Eine Infektion an syphilitischen Leichen ist möglich.

6. Der Syphiliserreger stellt eine überaus polymorphe, farbenwechselnde, gummöse Sekrete produzierende, lebenszähe Bakterienspezies von hoher spezifisch-pathogenetischer Potenz dar. Die Vielgestaltigkeit und der Erscheinungsreichtum der Luessymptome ist in erster Linie ein Korrelat dieser Eigenschaften beim Syphiliserreger selbst, läßt sich also mykologisch begründen.

7. Die pathogenetische Potenz desselben beruht vornehmlich auf mechanisch-destruktiver resp. invasorisch-neoformativer, konsumptiver Wirkung, durch assoziative Kopulations- und Legierungsprozesse mit dem animalen Plasma und nur in geringfügigem Grade und in bestimmten Formen der Krankheit resp. des Myceten auf chemisch-toxischen Einflüssen neben den ersteren. (Es empfiehlt sich zum besseren Verständnis dieser „These“ ein Fremdwörterlexikon. D. Ref.)

8. Die Syphilis ist pathognomonisch charakterisiert:

a) durch ihre Tendenz zur Bindegewebswucherung (chronisch-interstitielle Entzündungsprozesse, spezifische Neoplasmensklerose, Cirrhose, Gumma). Sie wirkt mehr konstruktiv als destruktiv. Erst spätere Stadien, maligne und Mischformen, sowie die Erbsyphilis auf Grund reaktionsschwacher Konstitutionen neben anderen Diathesen führen zur Gewebsschmelzung (Osteophyten-Osteoporose und Malacie, zentral schmelzende Papeln, Gummata);

b) durch ihre Tendenz zur Spontanheilung (Bindegewebsersatz);

c) durch ihren chronisch residivierenden, zyklisch progressiven Verlauf (Inkubationen und Latenz);

d) durch ihre Prädilektion als Blutkrankheit und Diathese für den Zirkulationsapparat und das Zentralnervensystem, sowie Stoffwechselstörungen (Diabetes).

9. Es unterliegt keinem Zweifel, daß es eine artifizielle Tiersyphilis gibt. Ob eine genuine Tiersyphilis vorkommt, ist nicht erwiesen, doch ist es wahrscheinlich, daß sie sich hinter bisher ätiologisch verkannten, wenn auch semiotisch differenzierten Krankheitsbildern der Zoonosen versteckt.

10. Ein Syphilistoxin kommt weder pathogenetisch noch klinisch-therapeutisch wesentlich in Frage. Die ganze Syphilissemiotik ist vielmehr von der Initialsklerose bis zur progressiven Paralyse auch ohne ein Toxin durch die parasitäre, verdrängende, konsumptive Lebenstätigkeit des Contagium vivum völlig erklärbar.

11. Die Syphilis ist eine absolut unheilbare (!!? D. Ref.), in mehreren Generationen vererbbare Krankheit. Außer auf dem Wege der sexuellen Übertragung und Vererbung gibt es neben anderen Infektionsarten auch eine Schlucksyphilis.

12. Da es kein spezifisches Syphilistoxin und keine absolute Syphilisheilung gibt, so gibt es auch keine Syphilisimmunität im bisherigen Sinne des Wortes und keine Luesserumtherapie. Was man unter Syphilisimmunität bisher verstand, entspricht der Persistenz eines Syphilisinfektionszustandes, einer Diathese. Eine Reinfektion ist kein Beweis für die Syphilisheilung. Es kann eine Superinfektion mit Syphilis sogar zu einer Zeit erfolgen, wo die Infektion erster Auflage noch persistiert und selbst manifest ist. Rezidiv und Reinfektion sind zu unterscheiden. Ein einmal luetisch Infizierter braucht daher, da er Zeit seines Lebens infiziert bleibt, nicht von neuem infiziert zu werden, er kann aber gleichwohl re- oder superinfiziert werden, je nach dem Potenzverhältnis seiner endogenen Infektion zu dem des ektogenen Kontagiums, dem er sich aussetzt, und je nach dem Stadium seiner Syphilis zur Zeit der Reinfektionsgelegenheit. Ein Collessches und Profetasches Gesetz existiert also nicht, eine latente Syphilis bleibt gleichwohl, auch als Syphilis hereditaria tarda, eine Syphilis. Die Kombinationsmöglichkeiten der Infektion mit Syphiliskontagien verschiedener

Provenienz und Entwicklungsstufe können, zumal bei der Erbsyphilis, sehr mannigfache sein.

13. Eine prophylaktische Syphilisation des Menschen (Serum, Vaccine) ist unter allen Umständen als mit Syphilisinfektion gleichbedeutend zu verbieten. Ein Serum kann nur durch seinen Gehalt an mikrophytären Elementen spezifisch wirksam sein.

14. Es besteht kein Anlafs, die bisherige, lege artis geübte spezifische Syphilisbehandlung mit Quecksilber und Jod, sowie nicht zuletzt mit physikalisch-diätetischen Heilfaktoren aufzugeben. Dieselbe ist bisher unübertroffen. Der vegetarischen, fleischlosen Diät kommt im Kampf gegen die Syphilis eine grofse Bedeutung zu. Die Bedeutung des Nachweises des Syphiliserregers ist deshalb keine geringere; sie liegt in der Möglichkait, bei anamnestisch und klinisch dubiösen Fällen die Differentialdiagnose zu sichern, und ist der bisherigen Methode ex juvantibus vorzuziehen. Der Syphilisnachweis ist stets nur ein positiver, ein negativer Ausfall der Blutuntersuchung ist nur wiederholt relativ argumentativ verwertbar.

15. Eine wirksame Syphilisbekämpfung ist nur auf dem Wege der Hygiene, Gesetzgebung und Pädagogik erreichbar (Anzeigebefugnis des Arztes in gemeingefährlichen Fällen, Verbot gewerblicher Prostitution, Aushängen der Prostitutionslisten, Gesundheitsnachweis vor Eheschliefsung usw.).

In einem Nachwort bespricht v. N. noch den Wert der Spirochätenfrage für die Syphilisforschung. v. N. steht auf dem Standpunkte, dafs die Spirochäten lediglich Mikrophyten, Wachsformen von Bakterien sind. Dasselbe gilt von den von ihm selbst gezüchteten Spirochäten ähnlichen Wachsformen seines Syphilisbacillus. Ferner kann nach Verfassers Ansicht der Ausfindigmachung und unzweideutigen Feststellung einer neuen Wachsform des Syphiliserregers eine Bedeutung nicht abgesprochen werden, wenn es auch bereits genügend andere, und zwar bessere, sichere charakteristische Merkmale desselben gibt. Verfasser beabsichtigt einen letzten Versuch einer der Sache nur dienlichen Verständigung mit denjenigen Forschern, denen es gleich ihm um eine Förderung der Sache zu tun ist, die eine gemeinsame Sache aller sein sollte. Er ermahnt daher, sich nicht gegenüber den Ergebnissen der Vorarbeiter und Zeitgenossen passiv zu verhalten oder sogar ablehnend. Er habe selbst Reinkulturen seiner Syphilisbazillen ans Reichsgesundheitsamt, wo auch Schaudinn arbeitet, gesandt, aber keine Antwort erhalten. Nach seiner Ansicht steht die Schaudinnsche Spirochäte im genetischen Zusammenhang mit v. Niessens vor zwölf Jahren entdeckten Syphilisbacillus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem, von F. B. Solger-Neifse. (*Dermat. Centralbl.* 8. Jahrg. Nr. 10.) Zwei Fälle werden kritisiert, wo nach Jesionek das Sperma der Infektionsträger der Syphilis gewesen sein soll, nachdem in dem einen Falle ein Primäraffekt u. dergl. nicht nachgewiesen werden konnte, und nachdem im anderen Falle scheinbar eine einwandsfreie Beobachtung einer Infektion seitens des Spermas beim Antreffen an die Vaginalwand eingetreten war. Ob aber diese beiden Fälle die Jesionekschen Thesen: 1. Das Sperma eines Syphilitikers kann Kontaktinfektion bewirken; 2. das Sperma kann die Syphilis vom Vater auf die Frucht übertragen; es gibt eine paterne Vererbung, und 3. es gibt einen Choc en retour — beweisen, ist sehr fraglich.

Das syphilitische Gift eines der Eltern, das den Embryo infiziert, ist als äufsere Krankheitsursache anzusehen. Und die „erbliche" Übertragung von Infektionskrankheiten kann nur als eine besondere Art der Infektion aufgefafst werden. Mag die Syphilisforschung tatsächlich einmal Fälle konstatieren, in denen das Sperma als Infektionsträger wirksam war: das Problem der Vererbung wird dadurch in keiner Weise berührt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Beitrag zur Frage der direkten Kontagiosität des Sperma Tertiärsyphilitiker, von C. Horváth-Arad. (*Budapesti orv. ujs. Dermatol.* Beil. Nr. 1.) Bei einem Manne waren an beiden Unterschenkeln typische Gummen aufgetreten, die unter Anwendung von Hg und Jod schnell verheilten. Die Anamnese war negativ, eine Adenopathie nicht vorhanden. Der Patient heiratete nach einem halben Jahre, und nach drei Monaten waren bei der Frau alle Symptome einer recenten Syphilis aufgetreten. — H. glaubt, dafs die Infektion durch das Sperma geschah, und sieht als Eingangspforten des Virus die bei der Defloration entstandenen Wunden an. (Von einem Primäraffekt wird nichts erwähnt. D. Ref.) *B. Kollarits-Budapest.*

Die Übertragung der Syphilis durch Ärzte, von D. W. Montgomery-San Francisco. (*Calif. State Journ. Med.* Juli 1905.) Eine 24jährige Kellnerin kam zur Behandlung mit abgeblafster Roseola und einem Schanker am Zahnfleisch gerade an der Stelle, wo ihr neun Wochen zuvor zwei falsche Zähne eingesetzt worden waren. Das Ulcus bestand schon sechs Wochen, als Patientin sich bei M. einfand. Es erscheint durchaus wahrscheinlich, dafs die Infektion durch die zahnärztlichen Manipulationen herbeigeführt wurde. Eine andere verheiratete Patientin zeigte einige Zeit nach zahnärztlicher Behandlung ein Geschwür auf der Schleimhaut der Unterlippe dicht am Übergang auf das Zahnfleisch. Dasselbe war geheilt, als Patientin in ärztliche Behandlung kam, aber sie litt nachher an unzweifelhafter Syphilis und infizierte auch ihren Ehemann. Ferner hat M. einen Patienten gesehen, welcher nach ausgedehnter Verbrennung Hauttransplantationen von verschiedenen (100) Individuen herstammend erhielt und offenbar auf diese Weise infiziert wurde. Ein anderer Patient, selbst Arzt, scheint eine ausgedehnte Induration in beiden Corpora cavernosa dadurch akquiriert zu haben, dafs er mit einem infizierten Bougie an einer alten Striktur zwecks Dilatation behandelt wurde. Ferner zitiert M. aus der Literatur Fälle von Übertragung der Syphilis mittels der subcutanen Einspritzung, des Zungenspatels, des faradischen Pinsels usw. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Syphilis im Anschlufs an den Bifs eines Menschen, von J. G. Mac Naughton-Manchester. (*Lancet.* 6. Jan. 1906.) Eine 55jährige Witwe wurde vom Verfasser wegen Kehlkopfleidens, Infiltration der Regio interarytaenoidea und Ulceration des einen Stimmbandes behandelt. Condylomata waren auch noch vorhanden. Sie war etwa vier Monate zuvor von einer anderen Frau in den Handrücken gebissen worden. Die Wunde artete zu einem Geschwür aus und heilte nur langsam. Im Anschlufs daran war ein Hautausschlag aufgetreten, und die Haare fielen ihr aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mütterliche Syphilis, von Geo. S. Whiteside-Portland. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Oktober 1905.) Verfasser verbreitet sich über die Syphilis der Schwangeren und ihren Einfluss auf die Nachkommenschaft, ohne Neues zu bringen.
A. Loewald-Kolmar.

Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder, von Leopold Glück-Sarajevo. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43.) G. hat im Verlaufe von zehn Jahren 215 nicht über 14 Jahre alte Kinder mit erworbener, recenter (sekundärer) Syphilis behandelt, ungefähr 6 % aller im dortigen Spital behandelten Syphilitiker. Der Verlauf der Syphilis war in der Regel gutartig; selbst Säuglinge vertragen, wenn sie entsprechend genährt, behandelt und gepflegt werden, die erworbene Lues leicht und überwinden sie leicht; Ausnahmen kommen natürlich vor. Kinder, welche an erworbener Syphilis leiden, sind gegen andere Krankheiten weniger widerstandsfähig als nicht syphilitische. Die Symptome der erworbenen, recenten Kindersyphilis schwinden bis auf die Papeln der Schleimhaut, welche selbst im Laufe der Behandlung mitunter rezidivieren, bei einer milden Hg-Behandlung verhältnismäfsig

rasch. Rezidive sind häufig, besonders in den ersten Jahren, werden aber vom dritten Jahre an sehr selten. In ungenügend behandelten Fällen ist Tertiarismus häufig. Die erworbene Lues der Kinder unterscheidet sich von der der Erwachsenen durch die meist extragenitale Lage und den häufigen Mangel der charakteristischen Härte der Initialsklerose, ferner durch die sehr häufige und frühzeitige, starke Schwellung der Subkapillardrüsen, durch die gröfsere Frequenz der schwereren Exantheme und die grofse Massenhaftigkeit der Schleimhautpapeln, sie hat somit eine gewisse Ähnlichkeit mit der sog. endemischen Syphilis. *Putzler-Danzig.*

Die Entwicklung der Lungentuberkulose bei den Syphilitikern, von Louis Rénon-Paris. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 37.) R. schildert vier Fälle von Lungentuberkulose bei Syphilitikern, die alle vier mehr oder weniger rasch ungünstig verliefen; R. ist überzeugt, dafs eine derartige Entwicklung die Regel ist. — Dafs der Gebrauch von Jod auch in minimalen Mengen auf eine bestehende Lungentuberkulose ungünstig einwirkt und namentlich häufig zu Lungenblutungen Veranlassung gibt, ist sicher. Dagegen glaubt R. gleich manchen anderen Autoren, dafs eine Lungentuberkulose durch Quecksilber zum mindesten nicht verschlimmert, vielleicht sogar gebessert wird; es ist daher durchaus kein Grund vorhanden, warum man bei tuberkulösen Syphilitikern von Quecksilberkuren Abstand nehmen sollte. Nur Verbindungen von Quecksilber mit Jod müssen vermieden werden. *Göts-München.*

Die tuberkulo-syphilitische Symbiose der Nase, von Letz. (*Rif. med.* 1905. Nr. 42.) Der Patient hatte vor zwei Jahren Syphilis durchgemacht und war erfolgreich behandelt worden. Die Affektion, für die er nun ärztliche Hilfe suchte, bestand in einem ulcerösen Prozesse der Nase, der zu umfangreichen Zerstörungen geführt hatte. Da die luetischen Antecedenzen zweifellos waren, schwankte zunächst die Diagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose (Lupus). Das Resultat der Inokulation auf Meerschweinchen, der histologische Befund und der negative Erfolg der antiluetischen Behandlung entschied für die letztere Annahme. Es handelte sich also um einen tuberkulösen Prozefs bei einem Syphilitiker. Noch während der resultatlosen Quecksilber-Jodbehandlung zeigten sich frische lupöse Knötchen über dem Auge, die sich der Patient durch Kratzen inokuliert hatte; dies trug dazu bei, die Diagnose zu bekräftigen. *C. Müller-Genf.*

Die Ätiologie der Syphilis, von Simon Flexner-New York. (*Med. News.* 9. Dez. 1905.) Verfasser gibt in erster Linie einen zusammenfassenden Bericht über die verschiedenen Übertragungsversuche der Syphilis auf Affen (Metschnikow und Roux, Lassar, Neisser) und schliefst aus deren Resultaten, dafs es zweifellos auf diesem Wege gelingen wird, manche strittige Fragen, wie z. B. jene der Reinfektion der Syphilis zu lösen. In zweiter Linie bespricht er die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida, worüber schon eine ganze Flut von Arbeiten erschienen ist, und führt selbst zwei Fälle an, aus welchen hervorgeht, dafs die Spirochaeta viele Jahre lebensfähig im menschlichen Organismus existieren und dafs sie von einer Mutter, die selbst frei von syphilitischen Erscheinungen ist, auf die Nachkommenschaft übertragen werden kann. Fl. machte auch gelungene Impfversuche von Affen (Mokakken) und er fand bei der experimentellen Primärsyphilis wie auch bei nicht-ulcerierenden Sekundärerscheinungen die Spirochäten in geringer Anzahl. Schliefslich erwähnt Verfasser noch der Fälle, wo auch bei nichtsyphilitischen Affektionen die Spirochaeta gefunden wurde, hält es aber für zweifellos, dafs es andere Mikroorganismen gibt, welche in der Form den Spirochäten sehr ähnlich sind. Ehe nicht die Reinkultur und weitere Übertragung derselben gelingt, müssen wir uns, so lautet der Schlufs beinahe aller bisherigen Veröffentlichungen, mit den morphologischen Erscheinungen,

den Färbereaktionen der Spirochaeta und deren Beziehung zu den spezifischen Veränderungen begnügen und darauf unsere Ansicht basieren, ob eine grofse epochemachende Entdeckung gelungen ist oder nicht. *Stern-München.*

Über die Ätiologie der Syphilis, von Anton Weichselbaum. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Eine kurze Skizze vom jetzigen Stande der Lehre von der Ätiologie der Syphilis. Dieselbe berührt Lustgarten, Döhle, die Lostorferschen Körperchen und Siegel, ferner die Impfversuche von Metschnikoff und Roux, von Neisser, Lassar, Finger, Landsteiner und von Kraus. Schliefslich bleibt W. bei den Mitteilungen Schaudinns und Hoffmanns stehen, und auch er gibt der Spirochaeta pallida eine Bedeutung für die Ätiologie der Syphilis, zumal sie auch in den durch Impfungen bei Affen erzeugten syphilitischen Affektionen vorkommt.

Arthur Rahn-Berlin.

Die Proliferierungszentren der Syphilis und die Spirochaeta pallida, von G. Z. Petrescu-Bukarest. (*Revista stiintelor medicale.* 1905. Nr. 8.) Verfasser ist der Ansicht, dafs die Syphilis keine im Körper allgemein verbreitete Krankheit ist, sondern verschiedene Herde bildet, die sich von einander infizieren und in gröfseren oder kleineren Zeiträumen verlaufen. Die allgemeinen Erscheinungen müssen auf Rechnung der löslichen, von den spezifischen Mikroorganismen abgeschiedenen Toxinen gesetzt werden, während letztere ihren Sitz in den Initialsklerosen, den hypertrophischen Lymphdrüsen, den hypertrophischen Syphiliden und den Syphiliden der inneren Organe, in welchen die Mikroorganismen gefunden werden, haben. Um also den Ausstreuungen der Spirochäten aus den ursprünglichen Herden entgegenzuarbeiten, mufs als therapeutisches Prinzip die Zerstörung aller erreichbaren Herde aufgestellt werden. Wenn dies die Weiterverbreitung der Krankheit nicht ganz aufzuhalten imstande sein wird, so kann doch auf eine bedeutende Abschwächung gerechnet werden. Wenn auch die Verbreitung der Spirochäten durch den Lymph- und Blutkreislauf geschieht, so sind dieselben doch im Blute nicht zu finden, vielmehr ist es wahrscheinlich, dafs das Blut zur Zerstörung derselben beiträgt. *E. Toff-Braala.*

Zur Ätiologie, Pathologie und experimentellen Therapie der Syphilis, von R. Kraus-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Die Versuche von Roux und Metschnikoff ergaben auch in experimentell erzeugten Sklerosen die typische Spirochaeta pallida, und bei Affen konnte der Spirochätennachweis schon als pathognomisches Zeichen einer gelungenen experimentellen Syphilis benutzt werden, und mittels Papeln, welche Spirochäten enthielten, konnten bei Makaken Sklerosen erzeugt werden, die wiederum Spirochäten enthielten.

Die Klassifizierung der Spirochäten, ebenso wie die der Rekurensspirochäten und die Spirochäten der Vögel ist noch unsicher.

Leider ist das wichtige Beweisglied der Kultivierung noch nicht erbracht; auch die Versuche von Kraus und Levaditi, die Hühnerspirochäte auf den für Trypanosomen angegebenen Blutnährböden zu züchten, waren erfolglos.

Interessant und für die praktische Verwertung in der experimentellen Therapie sehr wichtig ist die Tatsache, dafs es bei den nicht anthropoiden Affen zwar gelingt, Primäraffekte zu erzeugen, aber Primäraffekte, die keine Sekundärerscheinungen zur Folge haben.

Dafs ein Primäraffekt gewöhnlich Immunität der Haut gegen eine Reinfektion setzt, ist durch klinische Erfahrungen festgestellt. Auch im Experiment an Affen läfst sich nachweisen, dafs eine zweite Infektion nach überstandenem Primäraffekt nicht haftet. Gelänge es auf irgend eine Art, vielleicht auf dem Wege der Passage, durch niedere Affen ein abgeschwächtes Virus zu erzeugen, dem die Eigenschaft zukäme,

bloſs Primäraffekte ohne Allgemeinerscheinungen hervorzurufen, dann wäre die Frage der Prophylaxe so wie bei Blattern gelöst.

In der Frage der Behandlung ging Kraus von der Analogie des Syphilisvirus mit dem Lyssavirus aus, indem beide langsam wandern. Daher könnte sich schlieſslich auch bei der Syphilis im Stadium des Primäraffektes mit Hilfe der von Pasteur für Lyssa inaugurierten Schutzimpfung die Möglichkeit ergeben, eine postinfektionelle Immunisierung herbeizuführen. Kraus wählte hierzu die von Högyes bei der Wut eingeführte Methode der Dilution. Menschen, bei welchen die Sklerose mit aller Sicherheit diagnostiziert werden konnte, wurden subcutan anfangs mit diluiertem, dann mit konzentriertem Virus, welches Sklerosen entstammte, durch 14 Tage behandelt. Über die Erfolge dieser spezifischen Behandlungsweise berichtet L. Spitzer.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur ätiologischen Therapie der Syphilis, von Ludwig Spitzer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) Kraus hat, von gewissen Analogien zwischen dem Virus der Lyssa und der Syphilis ausgehend, die von Pasteur für die Hundswut experimentell begründete Heilmethode auf die Syphilis zu übertragen versucht. Tiere, die mit Lyssavirus infiziert sind, kann man durch die Einverleibung des bestimmt präparierten Lyssavirus heilen. Auf diesen Versuchen beruht die in der Medizin eingeführte Schutzimpfung gegen die Hundswut. Kraus dachte nun daran, Menschen, die mit Syphilis behaftet sind, analog den mit Lyssavirus infizierten Menschen, mit Luesvirus aktiv zu immunisieren. Wenn auch bei den Affenversuchen an niederen Affen, welche Metschnikoff und Roux, Neisser und Baermann, Kraus, Finger und Landsteiner ausgeführt haben, die Tiere nach subcutaner Einverleibung des luetischen Virus gegen den syphilitischen Primäraffekt nicht geschützt werden konnten, so war doch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dafs Organimmunität ohne Immunität der Haut eintreten konnte. Diese Überlegungen zunächst veranlafsten S., die Idee von Kraus am Menschen durchzuführen. Zur Injektion wurden Aufschwemmungen von menschlichen Sklerosen in Verdünnungen von 1 : 200 bis 1 : 20 verwendet.

Die Injektionen wurden im ganzen an 15 Syphiliskranken vorgenommen. Zur Auswahl gelangten nur Patienten, bei denen ein Zweifel an der Diagnose nicht bestand.

Im allgemeinen wurde die Injektion täglich vorgenommen.

Die Injektionsstelle blieb ausnahmslos ohne jede lokale Reaktion, so dafs nach Verabreichung der ganzen Injektionen eben nur noch die Einstichstellen sichtbar waren.

Vier Kranke konnten nach der Injektionsperiode zwölf Monate lang beobachtet werden, und es blieben Haut und Schleimhäute frei. Auch ein Fall ist interessant, in dem es zu allgemeinen Drüsenschwellungen, Kopfschmerzen usw. kam, aber Haut und Schleimhäute freiblieben. Naturgemäfs ist an wenigen Fällen und innerhalb einer kurzen Beobachtungszeit bei Syphilis ein Behandlungsergebnis schwer zu prognostizieren, aber Spitzer rechnet mit dem Eindrucke, und nach diesem glaubt er, die Kraussche Methode in die Syphilisbehandlung einreihen bezw. zur Nachprüfung vorschlagen zu können.

Arthur Rahn-Berlin.

Versuche über aktive Immunisierung bei Lues, von Alfred Brandweiner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) Nachdem die passiven Immunisierungsversuche Fingers, Landsteiners und Neissers an Kranken im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis gescheitert waren, versuchte es Kraus mit der aktiven Immunisierungsmethode nach dem Vorgange der Lyssa-Immunisierung von Högyes.

Das Extrakt wurde zuerst mit $^1/_2$ ccm, dann mit 1 ccm, mit 2 und schlieſslich mit 10 ccm und mittels Pravazscher Spritze in den Rücken injiziert. Es wurden im ganzen sieben Fälle dieser Behandlung zugeführt, sämtlich mit Sklerosen behaftete Kranke, welche sich im zweiten Inkubationsstadium befanden und deren Sklerosen

fünf bis sechs, höchstens sieben Wochen alt waren. Drei Fälle wurden mit aus den eigenen Sklerosen hergestelltem Extrakt behandelt, zwei mit aus luxurierenden Papeln gewonnenem Extrakt und zwei Fälle mit Lymphdrüsenextrakt behandelt.

Bei keinem einzigen Falle blieben die Sekundärerscheinungen aus; sie traten sogar mit größter Regelmäßigkeit zur gewohnten Zeit auf. Der Verlauf der Syphilis wurde sowohl durch die Extraktbehandlung als auch durch die in fünf Fällen vorgenommenen Exzisionen und Exstirpationen nicht im geringsten alteriert.

Arthur Rahn-Berlin.

Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. A. Brandweiner: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues“, von R. Kraus-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) Daß die ätiologische Therapie der Syphilis die ungünstigsten Bedingungen vorfindet, liegt im Wesen der Krankheit und wurde von mir betont. „Um so mehr verwundert sich K., daß Brandweiner die von ihm für die aktive Immunisierung ausgewählten Syphilisfälle so spät, d. h. knapp vor dem Ausbruch der exanthematischen Erscheinungen in Behandlung nahm. Denn eine Methode, wie die Syphilis- und Lyssa-Impfung, darf nie so spät erst beginnen, da ihre Wirkung so spät erst einsetzt und gewissermaßen erst im Körper vorbereitet wird.“ „In diesem Sinne hat Herr Dr. Spitzer seine Resultate mitgeteilt und sie zur Nachprüfung empfohlen. Ich habe ausdrücklich bemerkt, daß über den Wert der aktiven Immunisierung gegen Syphilis nur Tierversuche an Schimpansen eine bestimmte Antwort geben können. Sobald ich über derartige Versuche verfüge, werden sie sicher nicht vorenthalten bleiben.“ *Arthur Rahn-Berlin.*

Erwiderung auf Herrn Dr. Kraus' Bemerkungen zu dem Aufsatze: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues“, von A. Brandweiner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Die Bedingungen für die ätiologische Therapie der Syphilis sind ganz gewiß sehr ungünstig, sintemal erst spät mit der Behandlung begonnen werden kann.

Man kann nicht gut von einem zweiten Inkubationsstadium sprechen, denn mit der Manifestation der Sklerose und Drüsenschwellung ist schon die Inkubation vorüber. Syphilis läßt sich nicht so ohne weiteres mit der Lyssa analogisieren.

Eine aktive Immunisierung kann dort nicht mehr Platz greifen, wo das Individuum schon immun ist.

Drei Fälle sind auch in der Brandweinerschen Behandlung zeitig genug zur Injektion gekommen, so daß sie den Krausschen Ansprüchen genügen dürften.

Eine Nachprüfung war von B. nicht beabsichtigt.

Ein maßgebender Unterschied in der Behandlung könnte nur der sein, daß Spitzer Verdünnung anwendete, während B. konzentriertes Virus, und zwar in größeren Dosen und innerhalb kürzerer Zeit verabfolgte. *Arthur Rahn-Berlin.*

Untersuchungen über Syphilis an Affen, von E. Finger und K. Landsteiner-Wien. (*Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wissensch. in Wien, math.-naturw. Klasse.* Bd. CXIV. Abt. III. Juni 1905.) In der Sitzung vom 18. Mai 1905 überreichte Ernst Finger die erste Mitteilung über seine Untersuchungen über die Syphilis an Affen, die er unter Assistenz von Landsteiner und unter Subvention aus der Treithstiftung ausgeführt hatte.

Es war ihnen in erster Linie darum zu tun, ob man nicht auch bei niederen Affen (Mak. Rhesus, cynomolgus, sinicus, Cynocephalus Hamadryas) konstante Impferfolge erzielen könnte, und es gelang ihnen, durch Impfung in Taschen und mittels tiefer Skarifikationen nahezu völlig konstante Haftung des Virus zu erzielen; es ergaben sich von 39 Impfungen nur drei Mißerfolge.

Die so erzielten Erscheinungen, wenn sie auch mit dem Initialaffekte des Menschen nur entferntere Ähnlichkeit besitzen, sind doch untereinander, sowohl bei Impfung mit menschlicher als mit Affensyphilis, völlig identisch. Aufserdem spricht für deren Spezifität die Tatsache, dafs sie erst nach einer längeren Inkubation auftreten, und ist, worauf schon von METSCHNIKOFF und ROUX hingewiesen wurde, die Inkubation mit der beim Menschen gleich. Der Initialaffekt imponiert an den geimpften Stellen als kleine, fleckige Rötung, in deren Zentrum sich bald ein kleines Knötchen erhebt, das sich durch oberflächlichen Zerfall mit einer Borke deckt. Beim C. Hamadryas kommt es an der Impfstelle zu einem Nachschub in Gestalt serpiginöser Infiltrate; bei Impfung in Skarifikationen nimmt der Initialaffekt eine bandförmige Ausdehnung an. Bei Impfung von Tier zu Tier waren alle Versuche positiv. Aber eine Abschwächung, die vielleicht zur therapeutischen Verwendung führen könnte, trat nur nach mehrmaliger Rhesuspassage ein, zum mindesten nicht nach einer Passage; vielleicht gelingt es aber, durch mehrmalige Rhesuspassage dem Ziele näher zu kommen.

Die histologischen Untersuchungen ergaben ähnliche Bilder wie bei der menschlichen Syphilis.

Immunisierungsversuche (Impfung mit menschlicher Syphilis, Aufschwemmungen von lebendem Virus intramuskulär oder solche von durch Erhitzen auf 60° abgetötetem Virus subcutan injiziert) bleiben völlig für das Auftreten und den weiteren Verlauf manifester Erscheinungen belanglos. Auch Menschen, die mit Affenserum behandelt worden waren, blieben in der Entwicklung der sekundären Erscheinungen unbeeinflufst.

Von grofser Wichtigkeit war die Tatsache, dafs sich eine Reinfektion bei den Affen, deren Syphilis abgelaufen war, nicht erzielen liefs.

Und sehr interessant und für die ferneren Anschauungen war schliefslich der Umstand, dafs es F. und L. gelang, bei besonderer Technik — sie rieben nicht blofs die abgestorbenen Gewebsmassen des Gummiknotens, sondern auch das Randinfiltrat desselben ein und verimpften es in reichlicher Menge — tertiäre Syphilis (aus einer 17 Jahre bestehenden Syphilis) auf einem C. Hamadryas haftend zu machen und ebenso bald darauf in einem zweiten ähnlichen Falle. *Arthur Rahn-Berlin.*

Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von A. NEISSER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 1—3.) Es ist die „Dritte Mitteilung", die N. über die gemeinschaftlich mit G. BÄRMANN und HALBERSTÄDTER in Batavia ausgeführten Versuche macht. Das Affenmaterial setzte sich zusammen aus Orang-Utans, Gibbons, Macacus cynomolgus und nemestrinus und Macacus niger.

Die Impfungen wurden, wie schon früher in Breslau, so ausgeführt, dafs gründlich und tief skarifiziert und dann das Impfmaterial eingerieben wurde; meist war es exzidiertes Material. Das Aussehen des Primäraffektes wechselte wohl hier und da in der Oberfläche, auch in der Tiefe und der Ausdehnung, aber gleichwohl kamen die hauptsächlichsten Eigenheiten doch auch hier zur Geltung, namentlich war die Inkubationsdauer fast gleichmäfsig und ebensolange wie beim Menschen innegehalten, und beim Impfen von Tier zu Tier kam es immer wieder zu gleichen Primäraffekten. Je florider der Prozefs war, von welchem abgeimpft wurde, um so schneller kamen die charakteristischen Impferscheinungen zutage; aufserdem zeigten die höheren Affen eine gröfsere Empfänglichkeit als die niederen Affen.

Als Impfmaterial eigneten sich primäre Drüsen und sekundäre Erscheinungen; aus tertiären Produkten gelang es N. nur einmal, ein positives Impfergebnis zu erzielen, und zwar aus einem geschlossenen Gummiknoten; dabei war eine lange Inkubation auffallend, dieselbe betrug bei einem Gibbon 68, bei einem Makaken 51 Tage. Höhere Tiere kann man an jeder beliebigen Körperstelle leicht mit Erfolg inokulieren,

während bei niederen Affen das Gift nur an den Augenbrauen und an den Genitalien haftet.

Deutliche primäre Drüsen entwickelten sich nur bei höheren Affen; deutliche sekundäre Allgemeinerscheinungen wurden nur bei Gibbons und auch da nicht überall beobachtet.

Eine „Reinfektion scheint nur ein einziges Mal vorgekommen zu sein.

Merkwürdig genug war auch die diesmal wieder gefundene Tatsache, daſs es nicht gelang, Tiere auf subcutanem Wege zu infizieren; nirgends war nach der subcutanen Impfung infektiöses Material aus dem also beeinflufsten Körper zu holen; auch die inneren Organe, wie Milz und Knochenmark, blieben frei.

Gleichwohl aber, meint N., ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daſs man schliefslich doch beim schon infizierten Tiere eine subcutane Einführung von syphilitischem Virus inaugurieren kann, als man vielleicht durch die Bildung von immunisierenden Antikörpern mittels der subcutanen Giftinjektionen die Giftfestigkeit bei einem bereits infizierten Tiere steigern kann. Doch darüber will N. später erst berichten.

Die Exzisionsversuche ergaben keine Klarheiten, jedenfalls aber lassen sie annehmen, daſs eine Exzision des Primäraffektes und ein Ausbleiben zunächst der sekundären Erscheinungen immer noch kein Beweis dafür ist, daſs alles vom syphilitischen Virus mit entfernt wurde.

Jod und Quecksilber beeinflussen die Generalisation und Verimpfbarkeit des Virus in keiner Weise.

Betreffs der Immunisierungsversuche haben vielleicht folgende Erfahrungen eine Bedeutung: Niedere Affen können leicht von Primäraffekten anderer niederer Affen infiziert werden, aber schwerer und seltener von Milz und Knochenmark niederer Affen; meist verliefen diese Erscheinungen dann abortiv. Positive Erfolge ergaben übrigens noch die Impfung mit Drüsen und Hoden, das Rückenmark aber, ferner die Ovarien, Leber, Lunge, Nieren, Muskeln und Nebennieren erwiesen sich in zahlreichen Versuchen an höheren und niederen Affen als nichtinfektiös.

VAN NIESSENS Kulturen und die SIEGELschen Körperchen scheinen keine Beziehung zur Ätiologie der Syphilis zu haben.

Beachtenswert aber erscheint die Spirochäte.

Alle die auf die Immunisierung und Ergründung der Ätiologie usw. ausgehenden Versuche werden von BÄRMANN und HALBERSTÄDTER in Batavia fortgesetzt.

Arthur Rahn-Berlin.

Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen, von W. SCHULZE-Berlin-Friedenau. (*Klin. Monatsh. f. Augenheilkde.* 1905.) Nachdem es SIEGEL gelungen war, in einer Reihe von Fällen in nicht ulcerierten Sklerosen, breiten Kondylomen und auch im Blut von Luetikern mit frischen Sekundärerscheinungen die Cytorrhyktesparasiten nachzuweisen und dann vor allem die ersten Impfversuche auf Kaninchen und Meerschweinchen das Resultat ergaben, daſs die Tiere schwer erkrankten und in ihrem Blute und den inneren Organen reichlich die Cytorrhykten vorhanden waren, nahm SCH. Augenimpfungen vor. Er impfte direkt in die Iris, und zwar 26 Kaninchen, bei drei Tieren wurde aufserdem noch subcutan Impfstoff injiziert. Ferner machte Verfasser noch bei einem Macacus rhesus-Affen eine solche Augenimpfung. Zur Kontrolle nahm er auch bei einem Kaninchen eine Irisimpfung mit Glycerin und destilliertem Wasser vor. Als Impfmaterial diente frisches Luesgewebe, Blut von einem Luetiker und Nierenemulsion von einem vorher mit Syphilis geimpften Kaninchen auf andere Kaninchen. Einen anderen Teil impfte er mit konserviertem Impfstoff (Kondylomgewebe). Von den Kaninchen sind noch sechs am Leben, bei zwei Tieren ist die Iris

zu Weiterimpfungen benutzt worden, bei 16 konnte eine histologische Untersuchung der Augen vorgenommen werden. Beim Kontrolltier, das mit Glycerinwasser geimpft war, war nach zwei Tagen die Wundreaktion geschwunden. Bei den übrigen Impfungen bot sich folgendes Bild: Am dritten Tage beginnt die Injektion nach der Impfstelle hin stärker zu werden, die Cornea trübt sich im ganzen etwas, ebenso das Kammerwasser; die Pupille verengert sich, die Iris wird hyperämisch und verliert besonders an der Impfstelle ihre scharfe Zeichnung, in den nächsten Tagen bilden sich dort kleine Verdickungen, am 10.—14. Tage erreicht der Prozeſs seine Höhe. Im Laufe der ersten Woche verschlechtert sich auch das Allgemeinbefinden des Tieres, manche sterben. Nach 14 Tagen beginnt der Prozeſs im Auge sich auf die Irisimpfstelle zu lokalisieren, die Knötchen setzen sich schärfer ab und werden allmählich grau, nach drei bis vier Wochen sind sie am gröſsten, um dann allmählich wieder zu schwinden. Mikroskopisch zeigt sich das Bild eines chronischen Prozesses an den Gefäſsen. Cytorrhyktes findet man bei der Syphilis nur in bindegewebigen Organteilen und auch da nie im Kern der Zellen, sondern im Plasma oder in der Grundsubstanz. Meist liegen sie in der Nähe von Gefäſsen, und zwar vor allem an der Intima und in dem Gefäſshof. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Erzeugung sekundärer Impfsyphilis spricht SIEGEL in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 10. Januar 1906 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 4). Er berichtet, daſs er in ungefähr 30 Fällen bei Makaken den mehr oder weniger deutlichen Ausbruch von sekundärer Syphilis durch Impfung erreichen konnte; gleichzeitig stellt er einen Fall vor, einen Macacus rhesus mit Drüsenschwellungen, schuppenden Papeln der Hände und nässenden Papeln an den Genitalien. Das Tier war in Zwischenräumen von einigen Wochen dreimal mit syphilitischem Blute subcutan geimpft worden. LASSAR fragt, ob Cytorrhyktes gefunden wurden oder Spirochäten, was SIEGEL bejaht in bezug auf erstere, während er letztere nicht fand.
Bernhard Schulze-Kiel.

Über den Syphilismikrobien, von MÜHLMANN. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 7. Die Nachprüfungen von M. ergaben unter 24 Fällen zweifelloser Syphilis condylomata in nur fünf das Vorhandensein von Spirochaeta pallida, wobei dieselbe in Roseolaflecken, Papeln, breiten Kondylomen, harten Schankern und einmal in Lymphdrüsen gefunden wurde, im Blute aber nicht; am meisten noch in breiten Kondylomen. Dagegen beobachtete M. in Papeln, Kondylomen, Geschwüren und Bubonen von Syphilitischen kleine, 2—3 μ groſse, glänzende Gebilde von runder, eiförmiger, birnförmiger und kokosartiger Gestalt, die sich durch ungewöhnliche Bewegung auszeichneten. Aus diesem Grunde ist es schwer, ihre Form genau zu bestimmen; unzweifelhaft ist nur, daſs sie äuſserst polymorph sind. Ihr Körper hat die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen. An einer Stelle des Körpers findet sich ein feiner Fortsatz, der ebenso lang wie das Gebilde selbst ist. Sie lassen sich schwer färben, am besten nach der BUCHNERschen Sporenfärbung. Bald finden sich diese Gebilde frei, bald in den Zellen, sowohl Epithel- als Rund- und Lymphzellen, bald in groſsen amöboiden Zellen. M. spricht sie für eine Art Zoosporen mit Amöbosporidien an.
Arth. Jordan-Moskau.

Über Cytorrhyktes luis SIEGEL, von R. FREUND-Danzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) FR. hat den Cytorrhyktes luis in sieben Fällen sicherer Lues und bei drei Kranken, bei denen die klinischen Erscheinungen das Vorhandensein einer Lues wahrscheinlich machten, im Blute in enormen Mengen — 3000—5000 Körperchen im Blutstropfen — gefunden. In drei Fällen schwanden die Flagellaten unter einer eingeleiteten Schmierkur immer mehr, so daſs sie zum Schlusse bei einem Patienten überhaupt nicht mehr, bei den zwei anderen nur nach langem Suchen in wenigen

Exemplaren nachgewiesen werden konnten. Die Spirochaeta pallida fand Fr. bei seinen Untersuchungen nur selten; er läfst sie als Erreger der Syphilis nicht gelten. — Die Überimpfung des Cytorrhyktes luis auf ein Kaninchen gelang Fr.; nach acht Tagen enthielt das Blut des Tieres vereinzelte, nach 20 Tagen zahlreiche Siegelsche Körperchen; wesentliche Krankheitserscheinungen riefen sie bei dem Tiere nicht hervor. — Bei nichtluetischen, gesunden oder kranken Menschen fand Fr. den Cytorrhyktes luis niemals. *Götz-München.*

Bemerkung zu der Mitteilung von Prof L. Merk „Über den Cytorrhyktes luis (Siegel)", von Ludwig Wahlsch-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Den Cytorrhyktes luis (nicht „Cytoryktes", wie ihn Merk schreibt) hatte W. schon im Jahre 1898 in einem Falle von Melanocarcinomatosis cutis e naevo beobachtet, und F. J. Pick hatte schon damals erklärt, dafs dieses Gebilde gar nicht so selten und schon im Jahre vorher in der Prager dermatologischen Klinik bei Variolakranken gefunden worden wäre.

Nach der Veröffentlichung Merks nimmt W. in Erinnerung seiner Erfahrungen serienweise vergleichende Blutuntersuchungen bei Luetischen und Gesunden vor, und er konnte diese Gebilde allerdings bei den Luetischen, aber auch, vielleicht in noch gröfserer Menge, im Blute Gesunder konstatieren.

Es sind dies kleine kugelrunde oder ovale, auch hantelförmige, stark lichtbrechende Gebilde, die man in den Maschen zwischen den Geldrollen und Häufchen der roten Blutkörperchen, sofort nach Auflegen des beschickten Deckglases auf den Objektträger, nach allen Richtungen umher tanzen sieht. Sie sind, wie schon erwähnt, stark lichtbrechende Körper mit eigentümlichem Glanz, manchmal tiefschwarz. Diese Farbe nehmen sie dann an, wenn die längsovalen Körperchen, die manchmal aus zwei Hälften bestehen, Achter- oder Biskuitform besitzen, sich senkrecht aufstellen. Wenn sie dann umkippen, sieht man sie hell aufleuchten und sich wieder als stark lichtbrechende Körper fortbewegen. An den aus zwei Teilen bestehenden kann man auch förmliche Teilungsvorgänge beobachten. Bei scharfer künstlicher Beleuchtung spielen sie oft in wechselnder roter und blaugrüner Farbe.

Ihre Bewegung ist sicher keine Eigenbewegung, sondern teils Brownsche Molekularbewegung, teils bedingt durch Strömungen und Diffusionsvorgänge im nativen Präparat, besonders wenn dieses nicht eingekittet ist.

Diese eben beschriebenen und in ihrer Art den von Merk beobachteten ähnlichen Gebilde sind aber nach Wahlschs Meinung kaum identisch mit dem Siegelschen „Erreger" der Syphilis, dem eigentlichen Cytorrhyktes luis, unterscheiden sich aber auch von den Loosdorfschen Körperchen durch ihre geringe Gröfse, welche auch keine Zunahme oder Gestaltsveränderung bei fortgesetzter Beobachtung erfährt, endlich dadurch, dafs sie sofort in dem fertiggestellten Präparat sich nachweisen lassen und nicht erst nach Liegenlassen des Präparates in feuchter Kammer durch drei bis vier Tage auftreten. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über Cytorrhyktenbefunde, von Jancke-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) J. hat eine Anzahl von syphilitischen Plazenten nach dem von Siegel angegebenen Verfahren auf Cytorrhyktes luis untersucht und in sämtlichen Fällen Cytorrhykten gefunden, während einige von gesunden Frauen stammende Plazenten niemals solche aufwiesen. Auch in den von einer Frau exzidierten breiten Kondylomen, sowie im Blut und in den Organen des unmittelbar nach der Geburt gestorbenen, nicht ganz ausgetragenen Kindes dieser Frau waren massenhaft Cytorrhykten enthalten. Die Färbung macht nach J. grofse Schwierigkeiten. *Götz-München.*

In der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft vom 21. Dezember 1905 kam es im Anschlufs an den von Schulze-Friedenau gehaltenen Vortrag: **Der Cytorrhyktes**

luis (SIEGEL) in der mit Syphilis geimpften Kanincheniris zu einer sehr lebhaften Debatte zwischen WALTER SCHULZE, KOWALEWSKI, E. HOFFMANN, SIEGEL und THESING.

SCHULZE gibt den Augenimpfungen vor Hautimpfungen den Vorzug, da die Gefahr der Sekundärinfektion geringer ist.

Als Impfmaterial benutzte SCHULZE 1. nicht ulcerierten, fein zerriebenen Schanker; 2. Blut vom Luetiker mit frischen Sekundärerscheinungen; 3. Niere vom vorher am Auge geimpften Kaninchen, also Übertragung vom Tier zum Tier; 4. Lymphdrüsen vom luetisch infizierten Affen. Zum Teil impfte SCH. mit einer Glycerinemulsion von fein zerriebenem Schanker oder breitem Kondylomgewebe, die also ähnlich zubereitet ist wie Vaccineimpfstoff. Mittels einer Lanze eröffnete er vorsichtig die Vorderkammer, ritzte mit der Spitze die Iris und rieb den Impfstoff gegen diese Stelle. Auf diese Weise impfte SCH. über 40 Kaninchen.

Die Symptome der Allgemeinerkrankung waren verschieden. Anfangs starben mehr Tiere als später, weil SCH. anfangs schwächliche Tiere genommen hatte und die Stallverhältnisse nicht günstige waren. Manche Tiere bekamen Rhagaden am Mund, Haarausfall oder Ulcerationen der Haut, viele hatten nur weniger Lust zum Fressen.

Die Cytorrhykten traten im Blut zuerst nach einer Woche auf, nach drei Wochen war ihre Zahl durchschnittlich am größten.

Auch die Blutuntersuchung eines Patienten mit Iritis luetica ergab die Anwesenheit von Cytorrhykten.

KOWALEWSKI kann diesen Versuchen keine Bedeutung beimessen, da erstens die Versuchstiere zu schnell zugrunde gingen und demnach nur selten eine längere Beobachtungszeit zuließen, da ferner das Verfahren der intraokulären Impfung noch zu neu sei und die sonstigen Impfungsmethoden erfolglos gewesen seien; schließlich sei der Nachweis der Cytorrhykten in den Manifestationen der geimpften Kaninchen nach dem heutigen Stande der Syphilisforschung nicht beweisend für Syphilis, zumal in denselben die Spirochaeta pallida gefehlt habe. Neuerdings haben sich die Autoren gegen die Bedeutung des Cytorrhyktes ausgesprochen, obgleich SCHULZE und die Königliche Akademie der Wissenschaften dem Cytorrhyktes die größten Chancen zuwiesen.

HOFFMANN hält SCHULZE entgegen, daß für die Affensyphilis ebenso wie für andere Erscheinungen der Versuchssyphilis eine lange Inkubationszeit (durchschnittlich 20—30 Tage) charakteristisch sei, und darum müsse allen Angaben, wonach früher Erscheinungen auftreten, mit größtem Mißtrauen begegnet werden.

SIEGEL führt an, daß für die ätiologische Rolle der Spirochäten neue Gesichtspunkte nicht entwickelt worden seien; FINGERS Untersuchungen ließen sich sogar gegen die ätiologische Bedeutung der Spirochäten verwerten. Auch die Spirochäten sind Fäulnisbakterien; SIEGELS Untersuchungen, die sich auf diesen Parasiten richteten, führten zu dem Resultat, daß er nur mit anderen Fäulnisbakterien in den Geweben gesehen wird.

Fand SIEGEL Spirochäten in Leichen von neugeborenen Syphilitischen, so waren auch andere Fäulnisbakterien vorhanden, und zwar häufig in außergewöhnlich großer Menge. Das tritt aber bei der GIEMSA-Färbung, die durch ihre starke Überfärbung des gesamten Ausstriches die kleineren Kokken und Bazillen häufig überdeckt, nicht so häufig hervor wie bei Kontrollfärbungen mit reinen Bakterienfarbstoffen, z. B. mit Boraxmethylenblau. Die Spirochäte dürfte als Syphiliserreger erst dann diskutabel werden, wenn sie in frischem Blute der Menschen oder in den ganz frisch entnommenen Organen der Impftiere mit einiger Regelmäßigkeit gezeigt würde, und zwar ohne Beimengung von Fäulnisbakterien.

THESING erklärt, daß die Unterscheidung der Pallida zu wesenlose seien. „Es

ist ein Irrtum, daſs nur die Pallida 10—26 enge Windungen besitzt; ich habe selbst Präparate und Photogramme von Mundspirochäten und Spirochaete Obermeieri mit zehn, zwölf und mehr Windungen. Ebenfalls beruht es auf einem Irrtum, daſs nur die Pallida spitz auslaufende Enden besitzt, alle übrigen abgerundete. Eins ist jedenfalls sicher, daſs bisher für diese beiden neuesten „Syphiliserreger" der Beweis für ihre ätiologische Bedeutung noch aussteht und daſs man bei den zahlreichen Enttäuschungen, an denen gerade die Syphilisforschung so reich ist, doppelten Grund hat, mit einem definitiven Urteil zurückzuhalten, bis über die beiden Rivalen und besonders über den bisher sehr vernachlässigten Cytorrhyktes eingehende Nachuntersuchungen vorliegen. Eine wirkliche Entscheidung kann ja erst fallen, wenn Reinkulturen gelungen sind und Impfungen eine strenge Beweisführung ermöglichen." *Arthur Rahn-Berlin.*

Cytorrhyktes oder Spirochaeta pallida? Bericht von KURT STEINDORFF. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 4/5.) Es handelt sich um eine Diskussion zwischen SCHULZE, HOFFMANN und anderen, die nichts wesentlich Neues bringen, da die darin zu Tage tretenden Ansichten schon vielfach besprochen sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis, von J. SIEGEL-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 2.) S. spricht kurz von den Autoren, die vor ihm schon den Cytorrhyktes luis gesehen haben, daſs sind auſser KLEBS und DÖHLE auch noch LOSDORFER und STASSANO. Seine eigenen, neuen Untersuchungen beziehen sich vorzugsweise auf den lebenden Cytorrhyktesparasiten, dessen Beobachtung allein den strikten Beweis für seine spezifische Natur erbringen kann. — Sicher diagnostiziert kann der Cytorrhyktes nur werden auf Grund des dreifachen Nachweises im Ausstrich, im Schnitt und im lebenden Blute. Ist frisches Blut nicht zu beschaffen, so empfiehlt es sich, älteres Blut oder Organemulsion einem Tiere einzuimpfen und die Anreicherung der Parasiten abzuwarten; als Impftiere sind Kaninchen und weiſse Mäuse zu gebrauchen. Schon am Ende der ersten Woche lassen sich die Flagellaten im Schwanzblut der Impftiere nachweisen. — Bei Menschen fand S. zurzeit des einfachen Primäraffektes niemals Cytorrhyceten, wohl aber zurzeit des Exanthems; von der zweiten Woche einer Schmierkur an nimmt ihre Zahl allmählich ab, schlieſslich verschwinden sie ganz. — Mit Syphilismaterial geimpfte Kaninchen konnte S. in der letzten Zeit sieben bis acht Monate lang am Leben erhalten; mehrere Tiere zeigten noch nach sechs bis acht Monaten eigentümliche papulöse und ulceröse Hauterkrankungen am Kopf und an den Füſsen. In der Leber eines 14 Wochen nach der Impfung verendeten Kaninchens fanden sich diffus verbreitete miliare Knötchen, die groſse Ähnlichkeit mit den miliaren Gummen bei hereditärer Syphilis aufwiesen, keine Tuberkelbazillen, oder Cytorrhykten enthielten und wahrscheinlich experimentell erzeugte Gummen waren. — Auch Affen, die mit Syphilismaterial geimpft waren, konnte S. in der letzten Zeit dank auſserordentlich sorgfältiger Pflege bis zum achten Monat am Leben erhalten. Auſser den bereits beschriebenen sekundären Erscheinungen bei Affen wurde in mehreren Fällen das Auftreten von allgemeinem Ödem im fünften bis siebenten Monat nach der Impfung beobachtet; an den einzelnen ödematösen Partien fanden sich dicht stehende Papeln. Das Exanthem stellt sich bei geimpften Affen mehrfachen Beobachtungen zufolge um so früher ein und wird um so heftiger, je höher die äuſsere Temperatur ist. Durch Einspritzungen von Sublimat konnte eine deutliche Beeinflussung der Affensyphilis erzielt werden; die Hauterscheinungen heilten unter ihrer Wirkung rascher und gründlicher, Rezidive blieben nach der Behandlung aus. Bei 7 geimpften Affen, bei denen Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, zeigte sich nach anfänglicher gleichmäſsiger langsamer Vermehrung der Leukocyten unmittelbar vor dem Ausbruch des Exanthems eine starke sprungweise Steigerung der Zahl der weiſsen Blutkörperchen und eine ebenso rapide Verminderung, beginnend mit dem

Erscheinen des Exanthems. Ein Affe wurde mit Cytorrhykten geimpft, die von syphilitischen Placenten stammten und auf Nabelschnurblutbouillon gezüchtet worden waren; das Tier bekam ein typisches Exanthem — Pigmentierung an den Händen mit nachfolgender Abhebung der Haut — und liefs überdies die charakteristische Leukocytenkurve erkennen.

Als beste Färbemethode bezeichnete S. bisher die Färbung mit Hämatoxylinazur. Noch besser und einfacher ist die Färbung mit alter gut ausgereifter Boraxmethylenblaulösung (Borax 2,5, Methylenblau 1,0, Aq. dest. 100,0); man läfst diese zehn Minuten auf Ausstriche einwirken, spült mit kräftigem Wasserstrahl ab und erhält damit klare, scharfe Bilder der Parasiten. Die roten Blutkörperchen werden bei dieser Methode ziemlich stark gefärbt, aber das Blutplasma bleibt vollständig farblos, so dafs die in ihm ruhenden Parasiten gut sichtbar sind. Das Verfahren ermöglicht es, sich auf die Färbung von Blutausstrichen zu beschränken und von der Färbung von Organausstrichen abzusehen; es ergibt überdies in kürzester Zeit ein fertiges Bild und läfst die Hämokonien und Zerfallsprodukte des Blutes leichter erkennen; denn diese nehmen den Farbstoff nicht oder nur sehr schwach an, während die Parasiten sich tiefblau färben. *Götz-München.*

Vorläufige Mitteilung über Cytorrhyktes luis (Siegel) und Spirochaeta pallida, von A. Maclennan-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 3. Febr. 1906.) Verfasser hat bei drei Fällen von Primärsyphilid in den mikroskopischen Präparaten Gebilde gefunden, welche er als Übergangsformen zwischen diesen beiden Mikroorganismen zu deuten geneigt ist. Nach seinen Beobachtungen würde die Cytorrhyktes die zusammengerollte embryonale Phase der Spirochaeta darstellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Siegel hatte nach Einverleibung von Kaninchenblut und Niere — dem Kaninchen war Syphilismaterial einverleibt worden — niedere Affen infiziert und Erscheinungen erzeugt, die namentlich durch Drüsenschwellungen, schwarze Färbungen, papulöse, zum Teil mit verdickten Hornschichten bedeckte Infiltrate und nässende an breite Kondylome erinnernde Wucherungen ausgezeichnet waren.

Es gelang aber W. in einem Versuche an einem Affen, mit blofsem Kaninchenblute etwa dieselben Erscheinungen erzeugen zu können, die Siegel von seinen mit syphilitischem Material infizierten Versuchstieren beschreibt. Mehr Kontrollversuche zu machen, war W. nicht möglich geworden, aber er glaubt davor warnen zu müssen, dafs man ohne entsprechende Vorversuche die Siegelschen Beobachtungen annehme. Denn erst müsse die Wirkung richtig festgestellt werden, welche die Einverleibung von Kaninchenblut oder einer mehr oder weniger alten Nierenblutemulsion des Kaninchens auf niedere Affen ausübt.

Ob die bei diesem Versuche gefundenen Erscheinungen als Folgen der Einverleibungsart fremden Blutes oder etwa als Mitübertragungen besonderer Kaninchenblutparasiten aufzufassen sind, läfst W. dahingestellt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Spirochäte, Spironema oder Spirillum? von Curt Thesing-Steglitz. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1906. I. Abt. Heft 3.) Eine Polemik Th.s gegen Herxheimer, Schaudinn und Hoffmann, die sachlich nichts Neues enthält. *Putsler-Dansig.*

Spirochaeta pallida und die Syphilis, von Curt Thesing-Steglitz. (*Sitzungsber. d. Ges. „Naturforschende Freunde".* 1905. Nr. 8/9.) Th. bekämpft in diesem Artikel die Ansicht von Schaudinn und Hoffmann einerseits wie von Herxheimer andererseits, dafs die Spirochaeta pallida wirklich zu den Protozoen zu rechnen sei; auch stehe der Beweis für die ätiologische Bedeutung derselben noch aus. Das der Arbeit von Grouven und Fabry beigefügte Mikrophotogramme, welches mehr als 30 Exem-

plare der Spirochaeta pallida enthalten soll, zeigt nach Th. nicht eine einzige Spirochaeta pallida, wohl aber zahlreiche, ganz flach gewundene, fadenförmige Spirochäten, wie sie auch beim gesunden Menschen in der Mundhöhle vorkommen, was leicht erklärlich, da das Präparat ein Ausstrich einer Lippenaklerose sei. *Putsler-Danzig.*

Erwiderung auf den Angriff des Herrn Dr. Thesing, betreffend meiner Arbeit: „Spirochäten bei Syphilis", von Grouven-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) G. erwidert auf den obigen Angriff Thesings in dem Vortrag: „Spirochaeta pallida und die Syphilis", gehalten in der Gesellschaft naturforschender Freunde, dafs der Zweck seiner Abbildung, die nach einer Zeichnung, nicht nach einem Photogramm angefertigt wurde, war, die grofse Zahl von Spirochaeta pallida in einem Gesichtsfelde zu illustrieren, was nur bei relativ schwacher Vergrößerung möglich war. Die Zeichnung liefs bei 500facher Vergrößerung noch die charakteristische Form der Windungen erkennen; aus drucktechnischen Gründen mufste die Reproduktion in erheblich verkleinertem Mafsstabe angefertigt werden, und es erscheint daher die Form der Spirochätenwindungen verwischt und natürch neben Spirochäten, die 2800 mal vergrößert sind, in der entsprechend schlechter von Thesing nochmals reproduzierten Form kaum noch erkennbar. *Putsler-Danzig.*

Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) H. benutzt zur Färbung der Spirochaeta pallida heifsgesättigte Gentianaviolettlösung (10 ccm Gentianaviolett in 100 ccm Aq. dest.); er betropft das mit dem Material beschickte Deckgläschen mit dem Farbstoff und spült nach 15 Minuten mit Wasser ab. Mit dieser Methode brachte H. aufser den Spirochäten selbst noch eigenartige Gebilde zur Darstellung, die er in drei Gruppen teilt. Die erste Gruppe, deren Gebilde innerhalb des Spirochätenleibs liegen, umfafst zwei verschiedene Arten von Körperchen. Die eine Art besteht aus sehr kleinen, flachen Körperchen, die den Raum zwischen den Konturen der Spirochäte eben ausfüllen, ohne ihn auszustülpen, niemals endständig sitzen und vielleicht den kinetischen Kern oder Blepharoblasten darstellen. Bei der zweiten Art handelt es sich um gröfsere, runde oder ovale Gebilde, die deutliche Ausstülpungen des Spirochätenleibes verursachen und wohl als Kerne zu deuten sind. Ganz gleiche Gebilde finden sich auch endständig sitzend; sie sind möglicherweise als Zentrosome zu betrachten. Die zweite Gruppe wird gebildet von ovalen und runden Körperchen, die dem Spirochätenleib angelagert sind und als Ausscheidungsprodukte oder aber als Fremdkörper angesehen werden können. In die dritte Gruppe endlich gehören Gebilde, die einzeln oder in Gruppen aufserhalb des Spirochätenleibs liegen. Aufserdem sah H. wiederholt Spirochäten, die sich etwa in der Mitte der Länge nach in zwei teilten.

Wenn auch die Deutung der beschriebenen Gebilde noch eine sehr unsichere ist, so ist ihre Existenz doch ein weiterer Beweis für die Protozoennatur der Spirochaeta pallida. *Göts-München.*

Übergehen der Spirochaeta pallida in die Flüssigkeit künstlich erzeugter Hautblasen, von C. Levaditi und G. Z. Petresco. (*Presse méd.* 1905. Nr. 78) An drei Fällen weisen die Verfasser nach, dafs bei Syphilitischen in die Blasenflüssigkeit der durch Vesikatorien erzeugten Epidermisabhebungen die Spirochaeta pallida Schaudinn mit übergeht. Das gilt sowohl für Blasen, die über spezifischen Läsionen als auch für solche, welche über gesunder Haut zur Entstehung gebracht wurden. Diese Tatsache vermag wohl diagnostischen Wert zu erlangen. *Hopf-Dresden.*

Über Spirochaeta pallida, von G. Sobernheim und E. Tomaszewski-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) Den Verfassern ist in 50 Syphilisfällen im primären und sekundären Stadium der Nachweis der Spirochaeta pallida geglückt,

während in acht Fällen von tertiärer Lues Spirochäten nicht gefun
28 nichtsyphilitischen Krankheitsfällen der verschiedensten Art ha
suchungen durchaus ein negatives Resultat; doch begegneten die Ve
Fällen gelegentlich den von anderer Seite beschriebenen Spirillen-
formen, die sich durch Größe, Form, Färbbarkeit, manchmal auc
sprochene Eigenbewegung, wie sie bei der Spirochaeta pallida nicht
konstatieren ist, von dieser unterscheiden lassen. Ihre Untersuchun
Verfasser vielfach am hängenden Tropfen vor, weil bei dieser Meth
logischen Eigentümlichkeiten der Spirochaeta pallida sehr deutlic
kommen. Konstant und manchmal in größter Zahl fanden die Ve
chaeta pallida in den infektiösesten Produkten der Frühperiode, de
den nässenden Papeln und Plaques; aber auch in anderen Affektion
den Charakter infektiöser Frühformen trugen, wurden die Spirochä
mißt, auch wenn diese Affektionen erst mehrere Jahre nach der In
In den „geschlossenen Affektionen der Haut", in den Lymphdrüs
fanden sich Spirochäten häufig überhaupt nicht, häufig nur spärli
Überzeugung der Verfasser ist die Spirochaeta pallida der lang g
erreger. *Gö*

Giemsas Methode der Färbung der Spirochaeta pallida, Hirschberg-Baltimore. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Oktbr. 1905.) Verfasser seine Landsleute mit Giemsas Färbemethode bekannt und eine weitere Veröffentlichung vor, in der er über den Befund der Sp im Urin eines Sekundär-Syphilitischen berichten wird. *A. Loew*

Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida be Antonio Fanoni-New York. (*Med. News.* 7. Okt. 1905.) Das Mat untersuchte, stammt von (5) Fällen primärer und sekundärer Lues (Sch Papeln, Kondylomen, Schleimhautplaques). Aus diesen vorläufigen schließt er, daß die Spirochaeta pallida zwar mehr oder weniger kon vorkommt, daß sie aber sehr geduldige und oft langwierige mikr suchung wegen ihres meist vereinzelten Vorkommens erheischt. Au bekannten Giemsaschen Methode wandte er zur Färbung jene vo Sachs an, welche den Vorteil hat, daß die Färbung in wenigen ist. Ebenso ist es mit de Marinos Methode der Fall, sie besteht Marinos Blau (0,10 Azurblau und 50 Methylalkohol zehn Minuten l lösung 1 : 50,0 zwei Minuten lang, abwaschen und trocknen lassen; pallida ist orangegelb gefärbt. Mit der erstgenannten Oppenheim-S lingt die Differenzierung der Spirochäten besser. (Die getrockneten werden in eine Mischung von 10 ccm konzentrierter Alkohollösung v mit 100 ccm 5%iger Karbollösung gebracht, über dem Bunsenbren trocknet usf.) Zur Untersuchung wandte F. 1/12 und 1/16 Ölimmersi *Ste*

Über die Spirochaeta pallida, von Conrad Siebert-Bres *Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Bis wir die Spirochaeta pallida als den er erreger werden ansehen können, sind, wie Verfasser ausführt, noc Aufgaben zu lösen. Auf die Darstellung in Reinkultur ist vorderhand Wenn wir aber wie bei der Lepra die Forderung der Kultivierbark umgänglich notwendig hinstellen wollen, so muß erstens die morphol noch mehr als bisher gesichert werden, die vorläufig noch auf Schwi kann; zweitens muß die Unbestimmtheit in der Konstanz und Za der Spirochaeta aufgeklärt werden; und drittens muß das Verh

organismen zu den Zellen des erkrankten Gewebes festgestellt werden, was vorläufig daran scheitert, daſs wir keine zuverlässige Methode haben, die Spirochäten in den Geweben sichtbar zu machen. Bis zur Erledigung dieser Fragen müssen wir uns damit begnügen, die Befunde zu registrieren.

Auf der Breslauer Klinik wurden insgesamt 125 Krankheitsfälle untersucht; darunter waren 73 Fälle von sicherer, sechs Fälle von zweifelhafter Lues, und 46 Fälle umfaſsten die verschiedensten anderen Affektionen der Haut. Von den Luesfällen waren sieben im tertiären Stadium; in keinem dieser Fälle wurde eine Spirochaeta pallida gefunden. Unter 66 Fällen von primärer, sekundärer oder hereditärer Lues gelang der Nachweis 52 mal. Von 18 typischen Primäraffekten hatten 13 einen positiven, fünf einen negativen Befund. Ein Fall von maligner Lues ergab ein negatives Resultat. Bei einem an hereditärer Lues verstorbenen Kinde konnte die Spirochaeta nur in den Ausstrichen aus Lunge, Leber und Mesenterialdrüsen in vereinzelten Exemplaren nachgewiesen werden, bei einem anderen Kinde fand sich nur ein sicheres Exemplar in der Niere. Bei sechs zweifelhaften Ulcerationen am Penis ergab die Untersuchung in einem Falle ein positives Resultat; die Fälle stehen noch in Beobachtung und weisen bisher keine Sekundärerscheinungen auf. Niemals wurde die Spirochaeta pallida im Blut gefunden. Es wurde ferner festgestellt, daſs die Spirochäten nicht filtrierbar sind; für das Syphilisvirus ist die gleiche Tatsache durch die Versuche von Klingmüller und Baermann bewiesen. — Bei der groſsen Zahl von Kontrolluntersuchungen sicher nicht luetischer Krankheitsprodukte wurden, soweit die Präparate nicht aus Herden der Genitalsphäre oder der Mundhöhle stammten, nur ganz selten Spirochäten gefunden, die aber nie an den Typus pallida erinnerten. Aus der Genitalgegend herrührende Präparate zeigten häufig groſse Mengen Spirochäten vom Typus refringens und andere Arten, die sich aber von der Pallida gut abgrenzen lieſsen. Dagegen machte die Unterscheidung gröſsere Schwierigkeiten bei Ausstrichen, die aus dem Munde stammten, wie in den Mundefflorescenzen zweier Fälle von Erythema exsudativum multiforme. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Fritz Schaudinn-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) Des Verfassers vergleichende Untersuchungen an Spirochaeta pallida und anderen Spirochaetaformen haben ergeben, daſs erstere die typische Spirale nicht nur im Zustande der Bewegung, sondern auch in der Ruhe aufweist, während alle übrigen ähnlichen Spirochaeten die spiralige, mit engen Windungen versehene Einrollung nur während der lebhaftesten Bewegung zeigen können, in der Ruhe aber in die flach gewundene, mehr der geraden Linie sich nähernde Gestalt zurückkehren. Dieser Unterschied beruht darauf, daſs bei der Spirochaeta pallida die Spirale präformiert ist. Im Gegensatz zu allen anderen bekannten Formen besitzt ferner die Spirochaeta pallida keine undulierende Membran, sondern Geiſseln, und zwar an jedem Pol eine Geiſsel; ausnahmsweise sah Verfasser Individuen mit zwei Geiſseln an einem Ende, vielleicht im Zustande beginnender Längsteilung. — Unterscheidet die präformierte spiralige Gestalt und der Besitz von Geiſseln die Spirochaeta pallida von den echten Spirochaeten, so trennt sie von der Gattung Spirillum die Flexibilität der Spirale, der Besitz nur einer Geiſsel an jedem Pol und die (allerdings noch sicherer zu beweisende) Fähigkeit der Längsteilung. Sie nimmt also eine Sonderstellung ein, und Verfasser stimmt dem Vorschlage von Puillemin bei, der Spirochaeta pallida den Gattungsnamen Spironema zu geben. Dieser Name ist aber, wie Verfasser nachträglich (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43) mitteilt, bereits vergeben; er schlägt nun seinerseits den Namen Treponema vor.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Spirochaeta pallida, von ERICH HOFFMANN - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43.) Die an Prof. LESSERS Klinik fortgesetzten Untersuchungen, die sich jetzt auf mehr als 300 Fälle erstrecken, haben zu wesentlich neuen Ergebnissen nicht geführt, aber die anfangs gewonnenen nach jeder Hinsicht bestätigt. An der Tatsache, daſs die Spirochaeta pallida bisher nur in infektiösen Manifestationen der Syphilis, jedoch noch nie bei sicher nicht syphilitisch Erkrankten gefunden worden ist, haben, wie die Nachuntersuchung der betreffenden Präparate ergeben hat, auch die Befunde von NIGRIS (Spirochaeta refringens neben Spirochaeta pallida im Blute eines hereditär-syphilitischen Kindes), SCHOLTZ (Spirochaeta pallida in einem Falle von breit aufsitzenden Papillomen) und von KIOLEMENOPLON und v. CUBE (Spirochaeta pallida in einem jauchigen Carcinom und skrofulodermatischen Abszessen, bei Papillomen und Balanitis) nichts ändern können. Die Differenzierung von anderen Spirochaeten ist nach des Verfassers Erfahrungen nicht schwer, wenn man sich nur an lang ausgewachsene Exemplare von mindestens acht bis zehn regelmäſsigen, steilen und korkzieherartigen Windungen hält, die neben ihrer im Verhältnis zur Länge auſserordentlich geringen Dicke in eine feine Spitze auslaufende Enden und bei gut gelungener Färbung, nach GIEMSA einen deutlich roten Farbenton zeigen. — Die Untersuchung einer Anzahl möglichst junger Primäraffekte, bei denen die klinische Diagnose noch nicht oder nur vermutungsweise gestellt werden konnte, ergab, daſs bei positivem Befund von Spirochaeta pallida im weiteren Verlauf auch ausnahmslos unzweifelhafte Erscheinungen von Syphilis folgten. Für die Frage der diagnostischen Bedeutung der Spirochaeta pallida ist dieses Ergebnis nicht unwichtig.

A. Loewald-Kolmar.

Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis, von KARL FLÜGEL-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Die Untersuchungen auf HERXHEIMERS Klinik ergaben in letzter Zeit in allen Fällen von primärer und sekundärer Lues das Vorhandensein der Spirochaeta pallida. Von Interesse ist der positive Befund in dem Eiter einer nicht syphilitischen Affektion (Molluscum contagiosum) bei einem Syphilitiker, sowie der Nachweis einer, allerdings nur einer Pallida im Primäraffekt eines mit syphilitischem Material geimpften Makaken. *A. Loewald-Kolmar.*

Von der Spirochaeta pallida, von S. RÓNA und C. PREIS-Budapest. In recenten syphilitischen Läsionen ist in verschiedener Zahl die Spirochaeta pallida regelmäſsig gefunden worden. Bei Untersuchung von Balanitis, Ulcus gangraenosus sind der Spirochaeta pallida entsprechende Formen nicht vorgekommen. Eiter von Bartholinitis, Lymphe von Rhinoscleroma, Sekret von perigenitalem Pemphigus vegetans, von perianalem, zerfallenem Lupus vulgaris hypertrophicus, von Ulcus cruris gangraenosus und Detritus von zerfallenem Zungenkrebs gaben absolut negatives Resultat. — Die von PREIS modifizierte Färbemethode (nach SCHAUDINN mit Erwärmung) färbt besser, so daſs Spirochaeten in gröſserer Anzahl und stärker gefärbt werden. Mit dieser Färbung fanden R. u. P. auch in nicht syphilitischen Läsionen (Pemphigus vegetans Krebsgeschwür) Spirochaeten, die noch leichter gefärbt waren, als die Spirochaeta pallida. Es kamen hie und da in nicht syphilitischen Erscheinungen Formen vor, die von der nicht typischen Spirochaeta pallida morphologisch und tinktoriell schwer zu unterscheiden waren. (Sitzung d. königl. Ärztever. 28. Okt. 1905.)

B. Kollarits-Budapest.

Verschiedenes.

Kasuistische Mitteilungen, von Jaroslav Okuniewski - Pola. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.)

1. **Geschwür der Harnblase** durch Sectio alta geheilt. Zwei Jahre nach einem Unfall (Überfahrenwerden durch einen Kutschwagen in der Unterbauchgegend) hatte der Patient (Landwehrinfanterist) Beschwerden beim Wasserlassen, so dafs katheterisiert und die Blase gespült werden mufste. Bei der Blasenwaschung entleerte sich eines Tages ein Gewebsfetzen von 2 cm Länge, es wurde an ein Papilloma vesicae gedacht und die Sectio alta vorgenommen. Oberhalb des Trigonum Lieutaudii fand sich ein hellergrofses, wie ausgestanztes, magengeschwürs-ähnliches Ulcus, das mit Excochleation und Paquelinisierung behandelt wurde. Darauf teilweise Naht der Blase. Knierohr nach Dittel verbunden mit Blasendrainage. Tamponade der Bauchdeckenwunde. Es trat gute Abheilung so ein, dafs auch späterhin Harnverhaltung nicht wieder aufgetreten war.

2. **Urethrale Konkremente.** Ein Matrose hatte etwa 9 Wochen nach einem Unfall (Sturz auf die Dammgegend) eine taubeneigrofse Geschwulst in der Pars membranacea urethrae, dieselbe war hart und entleerte bei Druck serös eitrige Flüssigkeit aus der Harnröhre. Nach Inzision bei Lokalanästhesie stiefs O. auf einen mit einer Membran ausgekleideten Sack. Der Divertikelsack kommunizierte durch eine Fistel mit der Harnröhre. Exstirpation des Sackes. Tamponade. Heilung ohne Störung in einem Monat.

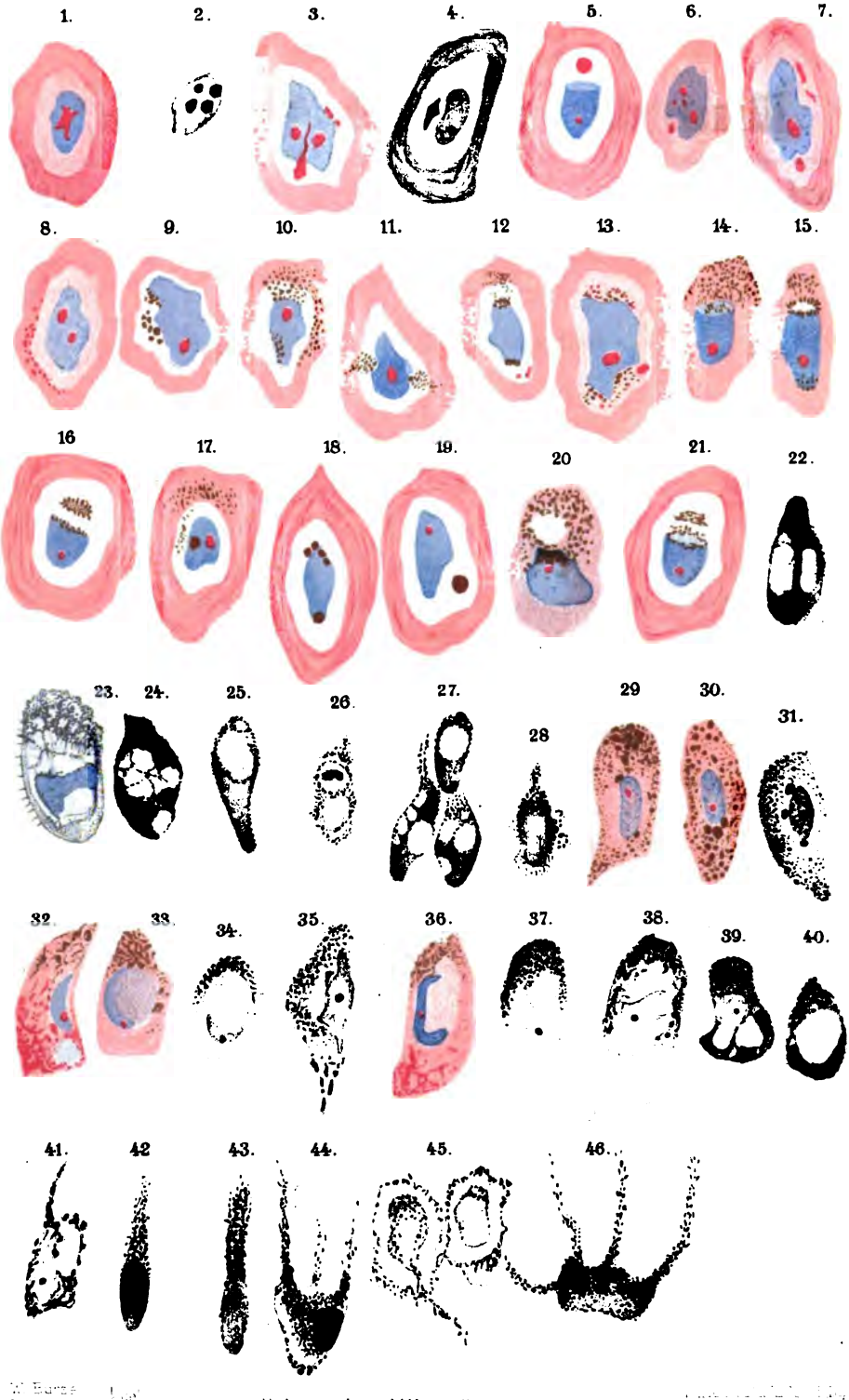
3. **Aktinomykose nach einer Hautverletzung.** Ein seltener Fall von primärer Aktinomycesinfektion durch eine Hautverletzung. Zehn Tage nach einer kleinen Verletzung am linken Kleinfinger trat bei einem Heizer eine „Phlegmone" auf. Nach der ersten Eiterentleerung blieb ein merkwürdig hartnäckiges Infiltrat zurück, was sich auf den Unterarm ausdehnte. Nach 14 Tagen trat auch eine Infiltration mit Schmerzen im linken Unterschenkel auf. Die Untersuchung der fungösen Masse, die für Tuberkulose oder Lues keinen Anhalt bot, ergab Strahlenpilze. Es wurden daher in der Narkose die Herde gründlich mit scharfem Löffel ausgekratzt und innerlich 3 g Jodkalium verordnet.

Nach weiteren 14 Tagen findet sich im rechten mittleren Lungenlappen eine leichte Dämpfung und feuchtes Knistern und im Sputum Aktinomyces. Unter Zunahme der Infiltrate und wiederholten epileptiformen Anfällen verfällt der Kranke unaufhaltsam und nach vier Monaten tritt der Exitus ein. Jodkalium und Kollargolinjektionen waren erfolglos gewesen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Bilharziakrankheit, von Herbert Gunn - San Franzisko. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 7. April 1906.) Bericht von zwei Krankheitsfällen, den ersten dieser Art in San Franzisko, welche von den Hawaischen Inseln eingewandert waren. Beide Fälle waren überdies mit Uncinaria americana infiziert und beherbergten Trichocephalus dispur. Aufserdem fanden sich in dem einen Falle Eier von Distoma hàematobium, in dem anderen wurde die Anwesenheit von Strongyloides intestinalis festgestellt.

Schourp-Danzig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 4. 15. August 1906.

Beiträge zur Pigmentfrage.

Von

Dr. Meirowsky-Graudenz,
Spezialarzt für Hautkrankheiten.

Mit einer Tafel.

II.

Die Entstehung des Oberhautpigments des Menschen aus der Substanz der Kernkörperchen.

Die allmähliche Bildung des Oberhautpigments unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen zu verfolgen, ist bei seiner langsamen Entstehung und der deshalb notwendigen Untersuchung zahlloser Entwicklungsstadien ein kaum lösbares Problem. Nachdem ich in meinem ersten Beitrag zur Pigmentfrage (1) gezeigt habe, dafs man sich zu diesen Versuchen des konzentrierten elektrischen Bogenlichts der Finsenlampe bedienen kann, wobei es möglich ist, den Pigmentierungsvorgang an geeigneten Versuchsobjekten auf den kurzen Zeitraum von ein bis zwei Stunden zu reduzieren, schien es eine dankbare Aufgabe zu sein, dem Oberhautpigment bis zu seinen Ursprungsstätten nachzuforschen. Die folgenden Beobachtungen entstammen einem Material von etwa 15 Hautstückchen, die nach verschieden langer — bis zweistündiger — Bestrahlung exzidiert und teils in Alkohol, teils in Osmiumsäure, Platinchlorid und Platin-Osmiumsäure (Herrmanns Gemisch) fixiert wurden. Diese grofse Anzahl von Untersuchungsobjekten war notwendig, um jedes Stadium der Pigmententwicklung in einer grofsen Zahl von Präparaten zu gewinnen und um Vergleichsobjekte dafür zu haben, ob etwaige Formveränderungen nur auf das Fixierungsmittel zurückzuführen waren oder natürliche Veränderungen darstellten. Bei der Vergleichung der Präparate bin ich doch auf die Alkoholfixierung und -Härtung zurückgekommen, bei der die Anwendung der Pappenheim-Unnaschen Methode die genaue und schöne Differenzierung zwischen Protoplasma, Kern und Kernkörperchen ermöglichte.

ist ein Irrtum, daſs nur die Pallida 10—26 enge Windungen besitzt; ich habe selbst Präparate und Photogramme von Mundspirochäten und Spirochaete Obermeieri mit zehn, zwölf und mehr Windungen. Ebenfalls beruht es auf einem Irrtum, daſs nur die Pallida spitz auslaufende Enden besitzt, alle übrigen abgerundete. Eins ist jedenfalls sicher, daſs bisher für diese beiden neuesten „Syphiliserreger" der Beweis für ihre ätiologische Bedeutung noch aussteht und daſs man bei den zahlreichen Enttäuschungen, an denen gerade die Syphilisforschung so reich ist, doppelten Grund hat, mit einem definitiven Urteil zurückzuhalten, bis über die beiden Rivalen und besonders über den bisher sehr vernachlässigten Cytorrhyktes eingehende Nachuntersuchungen vorliegen. Eine wirkliche Entscheidung kann ja erst fallen, wenn Reinkulturen gelungen sind und Impfungen eine strenge Beweisführung ermöglichen." *Arthur Rahn-Berlin.*

Cytorrhyktes oder Spirochaeta pallida? Bericht von KURT STEINDORFF. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 4/5.) Es handelt sich um eine Diskussion zwischen SCHULZE, HOFFMANN und anderen, die nichts wesentlich Neues bringen, da die darin zu Tage tretenden Ansichten schon vielfach besprochen sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis, von J. SIEGEL-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 2.) S. spricht kurz von den Autoren, die vor ihm schon den Cytorrhyktes luis gesehen haben, daſs sind auſser KLEBS und DÖHLE auch noch LOSDORFER und STASSANO. Seine eigenen, neuen Untersuchungen beziehen sich vorzugsweise auf den lebenden Cytorrhyktesparasiten, dessen Beobachtung allein den strikten Beweis für seine spezifische Natur erbringen kann. — Sicher diagnostiziert kann der Cytorrhyktes nur werden auf Grund des dreifachen Nachweises im Ausstrich, im Schnitt und im lebenden Blute. Ist frisches Blut nicht zu beschaffen, so empfiehlt es sich, älteres Blut oder Organemulsion einem Tiere einzuimpfen und die Anreicherung der Parasiten abzuwarten; als Impftiere sind Kaninchen und weiſse Mäuse zu gebrauchen. Schon am Ende der ersten Woche lassen sich die Flagellaten im Schwanzblut der Impftiere nachweisen. — Bei Menschen fand S. zurzeit des einfachen Primäraffektes niemals Cytorrhycoeten, wohl aber zurzeit des Exanthems; von der zweiten Woche einer Schmierkur an nimmt ihre Zahl allmählich ab, schlieſslich verschwinden sie ganz. — Mit Syphilismaterial geimpfte Kaninchen konnte S. in der letzten Zeit sieben bis acht Monate lang am Leben erhalten; mehrere Tiere zeigten noch nach sechs bis acht Monaten eigentümliche papulöse und ulceröse Hauterkrankungen am Kopf und an den Füſsen. In der Leber eines 14 Wochen nach der Impfung verendeten Kaninchens fanden sich diffus verbreitete miliare Knötchen, die groſse Ähnlichkeit mit den miliaren Gummen bei hereditärer Syphilis aufwiesen, keine Tuberkelbazillen, oder Cytorrhykten enthielten und wahrscheinlich experimentell erzeugte Gummen waren. — Auch Affen, die mit Syphilismaterial geimpft waren, konnte S. in der letzten Zeit dank auſserordentlich sorgfältiger Pflege bis zum achten Monat am Leben erhalten. Auſser den bereits beschriebenen sekundären Erscheinungen bei Affen wurde in mehreren Fällen das Auftreten von allgemeinem Ödem im fünften bis siebenten Monat nach der Impfung beobachtet; an den einzelnen ödematösen Partien fanden sich dicht stehende Papeln. Das Exanthem stellt sich bei geimpften Affen mehrfachen Beobachtungen zufolge um so früher ein und wird um so heftiger, je höher die äuſsere Temperatur ist. Durch Einspritzungen von Sublimat konnte eine deutliche Beeinflussung der Affensyphilis erzielt werden; die Hauterscheinungen heilten unter ihrer Wirkung rascher und gründlicher, Rezidive blieben nach der Behandlung aus. Bei 7 geimpften Affen, bei denen Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, zeigte sich nach anfänglicher gleichmäſsiger langsamer Vermehrung der Leukocyten unmittelbar vor dem Ausbruch des Exanthems eine starke sprungweise Steigerung der Zahl der weiſsen Blutkörperchen und eine ebenso rapide Verminderung, beginnend mit dem

Erscheinen des Exanthems. Ein Affe wurde mit Cytorrhyktes geimpft, die von syphilitischen Placenten stammten und auf Nabelschnurblutbouillon gezüchtet worden waren; das Tier bekam ein typisches Exanthem — Pigmentierung an den Händen mit nachfolgender Abhebung der Haut — und liefs überdies die charakteristische Leukocytenkurve erkennen.

Als beste Färbemethode bezeichnete S. bisher die Färbung mit Hämatoxylinazur. Noch besser und einfacher ist die Färbung mit alter gut ausgereifter Boraxmethylenblaulösung (Borax 2,5, Methylenblau 1,0, Aq. dest. 100,0); man läfst diese zehn Minuten auf Ausstriche einwirken, spült mit kräftigem Wasserstrahl ab und erhält damit klare, scharfe Bilder der Parasiten. Die roten Blutkörperchen werden bei dieser Methode ziemlich stark gefärbt, aber das Blutplasma bleibt vollständig farblos, so dafs die in ihm ruhenden Parasiten gut sichtbar sind. Das Verfahren ermöglicht es, sich auf die Färbung von Blutausstrichen zu beschränken und von der Färbung von Organausstrichen abzusehen; es ergibt überdies in kürzester Zeit ein fertiges Bild und läfst die Hämokonien und Zerfallsprodukte des Blutes leichter erkennen; denn diese nehmen den Farbstoff nicht oder nur sehr schwach an, während die Parasiten sich tiefblau färben. *Götz-München.*

Vorläufige Mitteilung über Cytorrhyktes luis (Siegel) und Spirochaeta pallida, von A. Maclennan-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 3. Febr. 1906.) Verfasser hat bei drei Fällen von Primärsyphilid in den mikroskopischen Präparaten Gebilde gefunden, welche er als Übergangsformen zwischen diesen beiden Mikroorganismen zu deuten geneigt ist. Nach seinen Beobachtungen würde die Cytorrhyktes die zusammengerollte embryonale Phase der Spirochaeta darstellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Siegel hatte nach Einverleibung von Kaninchenblut und Niere — dem Kaninchen war Syphilismaterial einverleibt worden — niedere Affen infiziert und Erscheinungen erzeugt, die namentlich durch Drüsenschwellungen, schwarze Färbungen, papulöse, zum Teil mit verdickten Hornschichten bedeckte Infiltrate und nässende an breite Kondylome erinnernde Wucherungen ausgezeichnet waren.

Es gelang aber W. in einem Versuche an einem Affen, mit blofsem Kaninchenblute etwa dieselben Erscheinungen erzeugen zu können, die Siegel von seinen mit syphilitischem Material infizierten Versuchstieren beschreibt. Mehr Kontrollversuche zu machen, war W. nicht möglich geworden, aber er glaubt davor warnen zu müssen, dafs man ohne entsprechende Vorversuche die Siegelschen Beobachtungen annehme. Denn erst müsse die Wirkung richtig festgestellt werden, welche die Einverleibung von Kaninchenblut oder einer mehr oder weniger alten Nierenblutemulsion des Kaninchens auf niedere Affen ausübt.

Ob die bei diesem Versuche gefundenen Erscheinungen als Folgen der Einverleibungsart fremden Blutes oder etwa als Mitübertragungen besonderer Kaninchenblutparasiten aufzufassen sind, läfst W. dahingestellt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Spirochäte, Spironema oder Spirillum? von Curt Thesing-Steglitz. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1906. I. Abt. Heft 3.) Eine Polemik Th.s gegen Herxheimer, Schaudinn und Hoffmann, die sachlich nichts Neues enthält. *Putzler-Dansig.*

Spirochaeta pallida und die Syphilis, von Curt Thesing-Steglitz. (*Sitzungsber. d. Ges. „Naturforschende Freunde“.* 1905. Nr. 8/9.) Th. bekämpft in diesem Artikel die Ansicht von Schaudinn und Hoffmann einerseits wie von Herxheimer andererseits, dafs die Spirochaeta pallida wirklich zu den Protozoen zu rechnen sei; auch stehe der Beweis für die ätiologische Bedeutung derselben noch aus. Das der Arbeit von Grouven und Fabry beigefügte Mikrophotogramme, welches mehr als 30 Exem-

plare der Spirochaeta pallida enthalten soll, zeigt nach Th. nicht eine einzige Spirochaeta pallida, wohl aber zahlreiche, ganz flach gewundene, fadenförmige Spirochäten, wie sie auch beim gesunden Menschen in der Mundhöhle vorkommen, was leicht erklärlich, da das Präparat ein Ausstrich einer Lippensklerose sei. *Putzler-Danzig.*

Erwiderung auf den Angriff des Herrn Dr. Thessing, betreffend meiner Arbeit: „Spirochäten bei Syphilis", von Grouven-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) G. erwidert auf den obigen Angriff Thessings in dem Vortrag: „Spirochaeta pallida und die Syphilis", gehalten in der Gesellschaft naturforschender Freunde, daſs der Zweck seiner Abbildung, die nach einer Zeichnung, nicht nach einem Photogramm angefertigt wurde, war, die groſse Zahl von Spirochaeta pallida in einem Gesichtsfelde zu illustrieren, was nur bei relativ schwacher Vergröſserung möglich war. Die Zeichnung lieſs bei 500facher Vergröſserung noch die charakteristische Form der Windungen erkennen; aus drucktechnischen Gründen muſste die Reproduktion in erheblich verkleinertem Maſsstabe angefertigt werden, und es erscheint daher die Form der Spirochätenwindungen verwischt und natürch neben Spirochäten, die 2800 mal vergröſsert sind, in der entsprechend schlechter von Thessing nochmals reproduzierten Form kaum noch erkennbar. *Putzler-Danzig.*

Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) H. benutzt zur Färbung der Spirochaeta pallida heiſsgesättigte Gentianaviolettlösung (10 ccm Gentianaviolett in 100 ccm Aq. dest.); er betropft das mit dem Material beschickte Deckgläschen mit dem Farbstoff und spült nach 15 Minuten mit Wasser ab. Mit dieser Methode brachte H. auſser den Spirochäten selbst noch eigenartige Gebilde zur Darstellung, die er in drei Gruppen teilt. Die erste Gruppe, deren Gebilde innerhalb des Spirochätenleibs liegen, umfaſst zwei verschiedene Arten von Körperchen. Die eine Art besteht aus sehr kleinen, flachen Körperchen, die den Raum zwischen den Konturen der Spirochäte eben ausfüllen, ohne ihn auszustülpen, niemals endständig sitzen und vielleicht den kinetischen Kern oder Blepharoblasten darstellen. Bei der zweiten Art handelt es sich um gröſsere, runde oder ovale Gebilde, die deutliche Ausstülpungen des Spirochätenleibes verursachen und wohl als Kerne zu deuten sind. Ganz gleiche Gebilde finden sich auch endständig sitzend; sie sind möglicherweise als Zentrosome zu betrachten. Die zweite Gruppe wird gebildet von ovalen und runden Körperchen, die dem Spirochätenleib angelagert sind und als Ausscheidungsprodukte oder aber als Fremdkörper angesehen werden können. In die dritte Gruppe endlich gehören Gebilde, die einzeln oder in Gruppen auſserhalb des Spirochätenleibs liegen. Auſserdem sah H. wiederholt Spirochäten, die sich etwa in der Mitte der Länge nach in zwei teilten.

Wenn auch die Deutung der beschriebenen Gebilde noch eine sehr unsichere ist, so ist ihre Existenz doch ein weiterer Beweis für die Protozoennatur der Spirochaeta pallida. *Götz-München.*

Übergehen der Spirochaeta pallida in die Flüssigkeit künstlich erzeugter Hautblasen, von C. Levaditi und G. Z. Petresco. (*Presse méd.* 1905. Nr. 78) An drei Fällen weisen die Verfasser nach, daſs bei Syphilitischen in die Blasenflüssigkeit der durch Vesikatorien erzeugten Epidermisabhebungen die Spirochaeta pallida Schaudinn mit übergeht. Das gilt sowohl für Blasen, die über spezifischen Läsionen als auch für solche, welche über gesunder Haut zur Entstehung gebracht wurden. Diese Tatsache vermag wohl diagnostischen Wert zu erlangen. *Hopf-Dresden.*

Über Spirochaeta pallida, von G. Sobernheim und E. Tomaszewski-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) Den Verfassern ist in 50 Syphilisfällen im primären und sekundären Stadium der Nachweis der Spirochaeta pallida geglückt,

während in acht Fällen von tertiärer Lues Spirochäten nicht gefunden wurden. In 28 nichtsyphilitischen Krankheitsfällen der verschiedensten Art hatten die Untersuchungen durchaus ein negatives Resultat; doch begegneten die Verfasser in diesen Fällen gelegentlich den von anderer Seite beschriebenen Spirillen- und Spirochätenformen, die sich durch Größe, Form, Färbbarkeit, manchmal auch durch ausgesprochene Eigenbewegung, wie sie bei der Spirochaeta pallida nicht mit Sicherheit zu konstatieren ist, von dieser unterscheiden lassen. Ihre Untersuchungen nahmen die Verfasser vielfach am hängenden Tropfen vor, weil bei dieser Methode die morphologischen Eigentümlichkeiten der Spirochaeta pallida sehr deutlich zum Ausdruck kommen. Konstant und manchmal in größter Zahl fanden die Verfasser die Spirochaeta pallida in den infektiösesten Produkten der Frühperiode, den Primäraffekten, den nässenden Papeln und Plaques; aber auch in anderen Affektionen, die klinisch den Charakter infektiöser Frühformen trugen, wurden die Spirochäten niemals vermißt, auch wenn diese Affektionen erst mehrere Jahre nach der Infektion auftraten. In den „geschlossenen Affektionen der Haut", in den Lymphdrüsen und im Blut, fanden sich Spirochäten häufig überhaupt nicht, häufig nur spärlich. — Nach der Überzeugung der Verfasser ist die Spirochaeta pallida der lang gesuchte Syphiliserreger. *Göts-München.*

Giemsas Methode der Färbung der Spirochaeta pallida, von Leonard K. Hirschberg-Baltimore. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Oktbr. 1905.) Vorläufig macht Verfasser seine Landsleute mit Giemsas Färbemethode bekannt und bereitet sie auf eine weitere Veröffentlichung vor, in der er über den Befund der Spirochaeta pallida im Urin eines Sekundär-Syphilitischen berichten wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Antonio Fanoni-New York. (*Med. News.* 7. Okt. 1905.) Das Material, welches F. untersuchte, stammt von (5) Fällen primärer und sekundärer Lues (Schankergeschwüren, Papeln, Kondylomen, Schleimhautplaques). Aus diesen vorläufigen Untersuchungen schließt er, daß die Spirochaeta pallida zwar mehr oder weniger konstant bei Syphilis vorkommt, daß sie aber sehr geduldige und oft langwierige mikroskopische Untersuchung wegen ihres meist vereinzelten Vorkommens erheischt. Außer der nun allbekannten Giemsaschen Methode wandte er zur Färbung jene von Oppenheim und Sachs an, welche den Vorteil hat, daß die Färbung in wenigen Minuten vollzogen ist. Ebenso ist es mit de Marinos Methode der Fall, sie besteht in Fixation mit Marinos Blau (0,10 Azurblau und 50 Methylalkohol zehn Minuten lang); dann Eosinlösung 1 : 50,0 zwei Minuten lang, abwaschen und trocknen lassen; die Spirochaeta pallida ist orangegelb gefärbt. Mit der erstgenannten Oppenheim-Sachs-Methode gelingt die Differenzierung der Spirochäten besser. (Die getrockneten Strichpräparate werden in eine Mischung von 10 ccm konzentrierter Alkohollösung von Gentianaviolett mit 100 ccm 5%iger Karbollösung gebracht, über dem Bunsenbrenner langsam getrocknet usf.) Zur Untersuchung wandte F. $^1/_{12}$ und $^1/_{16}$ Ölimmersion Leitz an. *Stern-München.*

Über die Spirochaeta pallida, von Conrad Siebert-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Bis wir die Spirochaeta pallida als den erwiesenen Syphiliserreger werden ansehen können, sind, wie Verfasser ausführt, noch eine Reihe von Aufgaben zu lösen. Auf die Darstellung in Reinkultur ist vorderhand nicht zu rechnen. Wenn wir aber wie bei der Lepra die Forderung der Kultivierbarkeit als nicht unumgänglich notwendig hinstellen wollen, so muß erstens die morphologische Fixierung noch mehr als bisher gesichert werden, die vorläufig noch auf Schwierigkeiten stoßen kann; zweitens muß die Unbestimmtheit in der Konstanz und Zahl des Auftretens der Spirochaeta aufgeklärt werden; und drittens muß das Verhältnis der Mikro-

organismen zu den Zellen des erkrankten Gewebes festgestellt werden, was vorläufig daran scheitert, daſs wir keine zuverlässige Methode haben, die Spirochäten in den Geweben sichtbar zu machen. Bis zur Erledigung dieser Fragen müssen wir uns damit begnügen, die Befunde zu registrieren.

Auf der Breslauer Klinik wurden insgesamt 125 Krankheitsfälle untersucht; darunter waren 73 Fälle von sicherer, sechs Fälle von zweifelhafter Lues, und 46 Fälle umfaſsten die verschiedensten anderen Affektionen der Haut. Von den Luesfällen waren sieben im tertiären Stadium; in keinem dieser Fälle wurde eine Spirochaeta pallida gefunden. Unter 66 Fällen von primärer, sekundärer oder hereditärer Lues gelang der Nachweis 52 mal. Von 18 typischen Primäraffekten hatten 13 einen positiven, fünf einen negativen Befund. Ein Fall von maligner Lues ergab ein negatives Resultat. Bei einem an hereditärer Lues verstorbenen Kinde konnte die Spirochaeta nur in den Ausstrichen aus Lunge, Leber und Mesenterialdrüsen in vereinzelten Exemplaren nachgewiesen werden, bei einem anderen Kinde fand sich nur ein sicheres Exemplar in der Niere. Bei sechs zweifelhaften Ulcerationen am Penis ergab die Untersuchung in einem Falle ein positives Resultat; die Fälle stehen noch in Beobachtung und weisen bisher keine Sekundärerscheinungen auf. Niemals wurde die Spirochaeta pallida im Blut gefunden. Es wurde ferner festgestellt, daſs die Spirochäten nicht filtrierbar sind; für das Syphilisvirus ist die gleiche Tatsache durch die Versuche von Klingmüller und Baermann bewiesen. — Bei der groſsen Zahl von Kontrolluntersuchungen sicher nicht luetischer Krankheitsprodukte wurden, soweit die Präparate nicht aus Herden der Genitalsphäre oder der Mundhöhle stammten, nur ganz selten Spirochäten gefunden, die aber nie an den Typus pallida erinnerten. Aus der Genitalgegend herrührende Präparate zeigten häufig groſse Mengen Spirochäten vom Typus refringens und andere Arten, die sich aber von der Pallida gut abgrenzen lieſsen. Dagegen machte die Unterscheidung gröſsere Schwierigkeiten bei Ausstrichen, die aus dem Munde stammten, wie in den Mundefflorescenzen zweier Fälle von Erythema exsudativum multiforme. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Fritz Schaudinn-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) Des Verfassers vergleichende Untersuchungen an Spirochaeta pallida und anderen Spirochaetaformen haben ergeben, daſs erstere die typische Spirale nicht nur im Zustande der Bewegung, sondern auch in der Ruhe aufweist, während alle übrigen ähnlichen Spirochaeten die spiralige, mit engen Windungen versehene Einrollung nur während der lebhaftesten Bewegung zeigen können, in der Ruhe aber in die flach gewundene, mehr der geraden Linie sich nähernde Gestalt zurückkehren. Dieser Unterschied beruht darauf, daſs bei der Spirochaeta pallida die Spirale präformiert ist. Im Gegensatz zu allen anderen bekannten Formen besitzt ferner die Spirochaeta pallida keine undulierende Membran, sondern Geiſseln, und zwar an jedem Pol eine Geiſsel; ausnahmsweise sah Verfasser Individuen mit zwei Geiſseln an einem Ende, vielleicht im Zustande beginnender Längsteilung. — Unterscheidet die präformierte spiralige Gestalt und der Besitz von Geiſseln die Spirochaeta pallida von den echten Spirochaeten, so trennt sie von der Gattung Spirillum die Flexibilität der Spirale, der Besitz nur einer Geiſsel an jedem Pol und die (allerdings noch sicherer zu beweisende) Fähigkeit der Längsteilung. Sie nimmt also eine Sonderstellung ein, und Verfasser stimmt dem Vorschlage von Puillemin bei, der Spirochaeta pallida den Gattungsnamen Spironema zu geben. Dieser Name ist aber, wie Verfasser nachträglich (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43) mitteilt, bereits vergeben; er schlägt nun seinerseits den Namen Treponema vor.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Spirochaeta pallida, von ERICH HOFFMANN - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43.) Die an Prof. LESSERS Klinik fortgesetzten Untersuchungen, die sich jetzt auf mehr als 300 Fälle erstrecken, haben zu wesentlich neuen Ergebnissen nicht geführt, aber die anfangs gewonnenen nach jeder Hinsicht bestätigt. An der Tatsache, daſs die Spirochaeta pallida bisher nur in infektiösen Manifestationen der Syphilis, jedoch noch nie bei sicher nicht syphilitisch Erkrankten gefunden worden ist, haben, wie die Nachuntersuchung der betreffenden Präparate ergeben hat, auch die Befunde von NIGRIS (Spirochaeta refringens neben Spirochaeta pallida im Blute eines hereditär-syphilitischen Kindes), SCHOLTZ (Spirochaeta pallida in einem Falle von breit aufsitzenden Papillomen) und von KIOLEMENOPLON und v. CUBE (Spirochaeta pallida in einem jauchigen Carcinom und skrofulodermatischen Abszessen, bei Papillomen und Balanitis) nichts ändern können. Die Differenzierung von anderen Spirochaeten ist nach des Verfassers Erfahrungen nicht schwer, wenn man sich nur an lang ausgewachsene Exemplare von mindestens acht bis zehn regelmäſsigen, steilen und korkzieherartigen Windungen hält, die neben ihrer im Verhältnis zur Länge auſserordentlich geringen Dicke in eine feine Spitze auslaufende Enden und bei gut gelungener Färbung, nach GIEMSA einen deutlich roten Farbenton zeigen. — Die Untersuchung einer Anzahl möglichst junger Primäraffekte, bei denen die klinische Diagnose noch nicht oder nur vermutungsweise gestellt werden konnte, ergab, daſs bei positivem Befund von Spirochaeta pallida im weiteren Verlauf auch ausnahmslos unzweifelhafte Erscheinungen von Syphilis folgten. Für die Frage der diagnostischen Bedeutung der Spirochaeta pallida ist dieses Ergebnis nicht unwichtig.

A. Loewald-Kolmar.

Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis, von KARL FLÜGEL-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Die Untersuchungen auf HERXHEIMERS Klinik ergaben in letzter Zeit in allen Fällen von primärer und sekundärer Lues das Vorhandensein der Spirochaeta pallida. Von Interesse ist der positive Befund in dem Eiter einer nicht syphilitischen Affektion (Molluscum contagiosum) bei einem Syphilitiker, sowie der Nachweis einer, allerdings nur einer Pallida im Primäraffekt eines mit syphilitischem Material geimpften Makaken. *A. Loewald-Kolmar.*

Von der Spirochaeta pallida, von S. RÓNA und C. PREIS-Budapest. In recenten syphilitischen Läsionen ist in verschiedener Zahl die Spirochaeta pallida regelmäſsig gefunden worden. Bei Untersuchung von Balanitis, Ulcus gangraenosus sind der Spirochaeta pallida entsprechende Formen nicht vorgekommen. Eiter von Bartholinitis, Lymphe von Rhinosclerom, Sekret von perigenitalem Pemphigus vegetans, von perianalem, zerfallenem Lupus vulgaris hypertrophicus, von Ulcus cruris gangraenosus und Detritus von zerfallenem Zungenkrebs gaben absolut negatives Resultat. — Die von PREIS modifizierte Färbemethode (nach SCHAUDINN mit Erwärmung) färbt besser, so daſs Spirochaeten in gröſserer Anzahl und stärker gefärbt werden. Mit dieser Färbung fanden R. u. P. auch in nicht syphilitischen Läsionen (Pemphigus vegetans Krebsgeschwür) Spirochaeten, die noch leichter gefärbt waren, als die Spirochaeta pallida. Es kamen hie und da in nicht syphilitischen Erscheinungen Formen vor, die von der nicht typischen Spirochaeta pallida morphologisch und tinktoriell schwer zu unterscheiden waren. (Sitzung d. königl. Ärztever. 28. Okt. 1905.)

B. Kollarits-Budapest.

Verschiedenes.

Kasuistische Mitteilungen, von Jaroslav Okuniewski-Pola. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.)

1. **Geschwür der Harnblase** durch Sectio alta geheilt. Zwei Jahre nach einem Unfall (Überfahrenwerden durch einen Kutschwagen in der Unterbauchgegend) hatte der Patient (Landwehrinfanterist) Beschwerden beim Wasserlassen, so dafs katheterisiert und die Blase gespült werden mufste. Bei der Blasenwaschung entleerte sich eines Tages ein Gewebsfetzen von 2 cm Länge, es wurde an ein Papilloma vesicae gedacht und die Sectio alta vorgenommen. Oberhalb des Trigonum Lieutaudii fand sich ein hellergrofses, wie ausgestanztes, magengeschwürs-ähnliches Ulcus, das mit Excochleation und Paquelinisierung behandelt wurde. Darauf teilweise Naht der Blase. Knierohr nach Dittel verbunden mit Blasendrainage. Tamponade der Bauchdeckenwunde. Es trat gute Abheilung so ein, dafs auch späterhin Harnverhaltung nicht wieder aufgetreten war.

2. **Urethrale Konkremente.** Ein Matrose hatte etwa 9 Wochen nach einem Unfall (Sturz auf die Dammgegend) eine taubeneigrofse Geschwulst in der Pars membranacea urethrae, dieselbe war hart und entleerte bei Druck serös eitrige Flüssigkeit aus der Harnröhre. Nach Inzision bei Lokalanästhesie stiefs O. auf einen mit einer Membran ausgekleideten Sack. Der Divertikelsack kommunizierte durch eine Fistel mit der Harnröhre. Exstirpation des Sackes. Tamponade. Heilung ohne Störung in einem Monat.

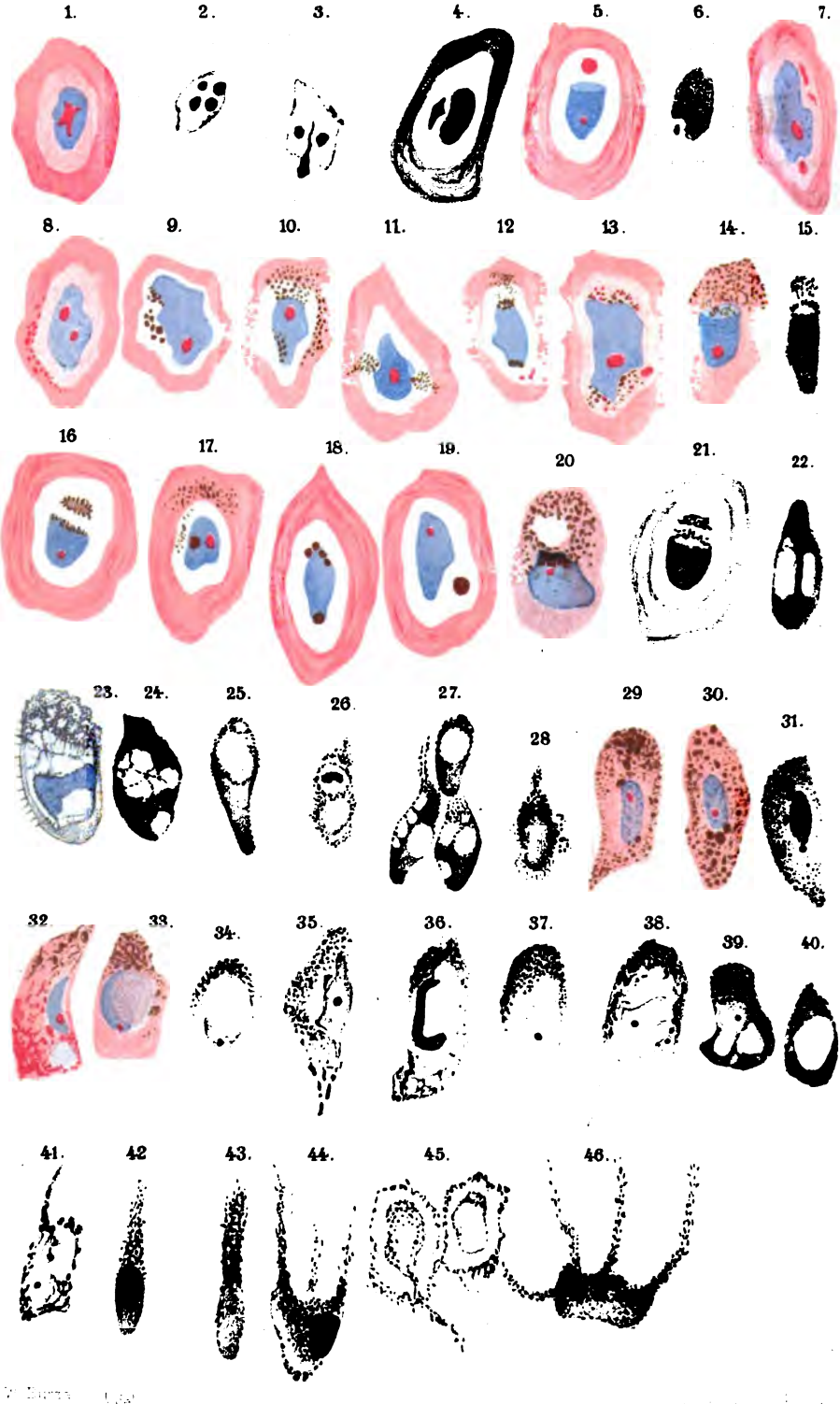
3. **Aktinomykose nach einer Hautverletzung.** Ein seltener Fall von primärer Aktinomycesinfektion durch eine Hautverletzung. Zehn Tage nach einer kleinen Verletzung am linken Kleinfinger trat bei einem Heizer eine „Phlegmone" auf. Nach der ersten Eiterentleerung blieb ein merkwürdig hartnäckiges Infiltrat zurück, was sich auf den Unterarm ausdehnte. Nach 14 Tagen trat auch eine Infiltration mit Schmerzen im linken Unterschenkel auf. Die Untersuchung der fungösen Masse, die für Tuberkulose oder Lues keinen Anhalt bot, ergab Strahlenpilze. Es wurden daher in der Narkose die Herde gründlich mit scharfem Löffel ausgekratzt und innerlich 3 g Jodkalium verordnet.

Nach weiteren 14 Tagen findet sich im rechten mittleren Lungenlappen eine leichte Dämpfung und feuchtes Knistern und im Sputum Aktinomyces. Unter Zunahme der Infiltrate und wiederholten epileptiformen Anfällen verfällt der Kranke unaufhaltsam und nach vier Monaten tritt der Exitus ein. Jodkalium und Kollargolinjektionen waren erfolglos gewesen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Bilharziakrankheit, von Herbert Gunn-San Franzisko. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 7. April 1906.) Bericht von zwei Krankheitsfällen, den ersten dieser Art in San Franzisko, welche von den Hawaischen Inseln eingewandert waren. Beide Fälle waren überdies mit Uncinaria americana infiziert und beherbergten Tricocephalus dispur. Aufserdem fanden sich in dem einen Falle Eier von Distoma haematobium, in dem anderen wurde die Anwesenheit von Strongyloides intestinalis festgestellt.

Schourp-Dansig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 4. 15. August 1906.

Beiträge zur Pigmentfrage.

Von

Dr. Meirowsky-Graudenz,
Spezialarzt für Hautkrankheiten.

Mit einer Tafel.

II.

Die Entstehung des Oberhautpigments des Menschen aus der Substanz der Kernkörperchen.

Die allmähliche Bildung des Oberhautpigments unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen zu verfolgen, ist bei seiner langsamen Entstehung und der deshalb notwendigen Untersuchung zahlloser Entwicklungsstadien ein kaum lösbares Problem. Nachdem ich in meinem ersten Beitrag zur Pigmentfrage (1) gezeigt habe, dafs man sich zu diesen Versuchen des konzentrierten elektrischen Bogenlichts der Finsenlampe bedienen kann, wobei es möglich ist, den Pigmentierungsvorgang an geeigneten Versuchsobjekten auf den kurzen Zeitraum von ein bis zwei Stunden zu reduzieren, schien es eine dankbare Aufgabe zu sein, dem Oberhautpigment bis zu seinen Ursprungsstätten nachzuforschen. Die folgenden Beobachtungen entstammen einem Material von etwa 15 Hautstückchen, die nach verschieden langer — bis zweistündiger — Bestrahlung exzidiert und teils in Alkohol, teils in Osmiumsäure, Platinchlorid und Platin-Osmiumsäure (Herrmanns Gemisch) fixiert wurden. Diese grofse Anzahl von Untersuchungsobjekten war notwendig, um jedes Stadium der Pigmententwicklung in einer grofsen Zahl von Präparaten zu gewinnen und um Vergleichsobjekte dafür zu haben, ob etwaige Formveränderungen nur auf das Fixierungsmittel zurückzuführen waren oder natürliche Veränderungen darstellten. Bei der Vergleichung der Präparate bin ich doch auf die Alkoholfixierung und -Härtung zurückgekommen, bei der die Anwendung der Pappenheim-Unnaschen Methode die genaue und schöne Differenzierung zwischen Protoplasma, Kern und Kernkörperchen ermöglichte.

Während wir gewohnt sind, in ruhenden Kernen ein bis zwei Kernkörperchen von regelmäfsiger Beschaffenheit zu finden, ruft die erste Einwirkung der chemischen Strahlen eine Veränderung in ihnen hervor. Sie vergröfsern sich, nehmen Kugelform an, werden länglich, bestehen aus zwei nebeneinander gelagerten Gebilden (Fig. 1), oder sie sind knäuelförmig und füllen den Kern fast vollständig aus. Ihre Zahl kann bis auf acht steigen. Dann bildet sich eine helle Zone um eins oder um mehrere der Körperchen; der Kern erfährt an dieser Stelle eine Einstülpung, aus der die Kernkörperchen in das Protoplasma austreten; man sieht, dafs dabei das Kernkörperchen eigentümliche Formveränderungen durchmacht, die nur im Sinne einer aktiven Beweglichkeit derselben zu deuten sind (Fig. 2 und 3). Im Protoplasma zerfällt die Kernkörperchensubstanz, die in einzelnen Fällen eine zentrale Vakuole zeigt, in feine Pünktchen, die nach dem äufseren Mantel der Zelle wandern und hier liegen bleiben (Fig. 8). In anderen Zellen geht mit diesen Pünktchen eine auffallende Veränderung vor sich. Ihre durch die PAPPENHEIM-UNNAsche Lösung verursachte rote Färbung wird in die braune des Hautpigments verwandelt. Man findet Zellen, an denen man nicht mit voller Sicherheit entscheiden kann, ob die Körnchen rot oder braun sind, andere Zellen, in denen rot und braun gefärbte Körnchen liegen und schliefslich solche, in denen sie nur noch aus braunen Massen bestehen (Figg. 9—16).

Machen es diese Befunde nun schon wahrscheinlich, dafs sich die Kernkörperchensubstanz unter der Einwirkung des Lichtes in braunes Hautpigment verwandelt, so wird diese Beobachtung zur Gewifsheit, wenn man, wie Figg. 17—19 zeigen, eins der Kernkörperchen bereits im Kern als einen tief dunkelbraunen Körper von der üblichen Kontur des Nucleolus findet, der aus dem Kern austritt, im Protoplasma liegt und hier in feine braune Pünktchen zerfällt, die ebenso wie vorher die noch nicht umgewandelten Kernkörperchenmassen an den Rand der Zelle wandern. Will man nun das weitere Schicksal des Pigments in der Zelle und die Veränderungen des Kerns verstehen, so mufs hier noch einmal eine Eigenschaft des Oberhautpigments in Betracht gezogen werden, die ich bereits in meinem ersten Beitrag besprach, nämlich den Phototropismus des menschlichen Oberhautpigments. Ist die Pigmentbildung vollendet, so liegt das Pigment zunächst noch rings um den Kern in der Zelle verteilt, besonders wenn die Belichtung nur eine Stunde gedauert hatte. Bei länger dauernder Belichtung liegt das Pigment nur um den dem Lichte zugekehrten Pol des Kerns. Diese Erscheinung kann nur darauf beruhen, dafs das Oberhautpigment entweder aktiv dem Licht zuwandert oder dafs das Licht in der Zelle einen Saftstrom erzeugt, der den Farbstoff zu ihm hinführt. Ob der eine oder

der andere Modus statthat, ist nicht zu entscheiden. Diese Verhältnisse beweisen auf alle Fälle, dafs das Pigment der Oberhaut phototropische Eigenschaften besitzt, ebenso wie die Fuscinkörperchen in der Pigmentepithelschicht der Retina. So entstehen die Figuren 42 und 43, in denen die Pigmentfortsätze die Kerne weit überragen. Das Licht ist also die Ursache dafür, dafs der zunächst rings um den Kern gelagerte Hautfarbstoff sich in einem späteren Stadium nur um den dem Lichte zugekehrten Pol des Kerns ansammelt, so dafs man, wenn man nur diese Endstadien der Pigmentbildung gesehen hat, auf die Vermutung kommt, dafs der Kern überhaupt nichts mit der Pigmentbildung zu tun hat. So entstehen auch die Figuren 33—36, in denen die Einbuchtung des Kerns an einer Seite und das Pigment im oberen Teil der Zelle liegt. In allen Kernen, in denen die Pigmentbildung vollendet ist, findet man nur ein, höchstens zwei kleine, mitunter kaum sichtbare Kernkörperchen.

Es gibt nun noch einen dritten Modus der Pigmentbildung, der sich von den beiden anderen durch folgende Eigentümlichkeit unterscheidet: Der Kern bildet in sich eine Höhlung, an deren Rand hauptsächlich die Pigmentbildung auftritt. Die Wandung dieser Höhlung platzt, es entsteht eine kraterförmige Öffnung, aus der die Pigmentkörnchen austreten und nun vermöge ihrer phototropischen Eigenschaften nach dem dem Lichte zugekehrten Kernpol wandern. Häufig sieht man, wie sich feine Kernfäden vom Kern nach dem Protoplasma hin ausspannen und in einem Punkt zusammentreffen. In Präparaten, die in Alkohol fixiert und nach der Methode von PAPPENHEIM-UNNA gefärbt waren, war auch dieser Punkt rot gefärbt und man mufs daher wohl annehmen, dafs er ebenfalls Kernkörperchensubstanz darstellt.

Dafs das Oberhautpigment vom Kern abstammt, läfst sich nun noch durch zwei weitere Argumente beweisen. Untersucht man Hautstückchen, die schon an und für sich etwas pigmentiert und dann zwei Stunden bestrahlt waren, so findet man in der basalen Reihe, hier und da aber auch in einer höheren Zelllage, Zellen von ganz auffallender Gröfse, die sich durch ihre Armut an Protoplasma, durch die Gröfse ihres Kerns und durch die Masse des Pigments, das in ihnen liegt, auszeichnen. Sie sind häufig von der Epidermis anscheinend etwas abgedrängt und springen in die Cutis hinein. Diese Erscheinung erklärt sich durch ihre Gröfse und durch die Tätigkeit, zu der sie durch das Licht angeregt werden. Sie senden nämlich pigmentführende Zellenausläufer in die höheren Zelllagen. Da der Protoplasmasaum überaus spärlich ist, war ich anfangs geneigt, diese Ausläufer als Fortsätze des Kerns aufzufassen. Bei genauer und häufiger Beobachtung läfst sich jedoch mit Sicherheit sagen, dafs dieses nicht der Fall ist. Der spärliche Protoplasmasaum hebt sich in den

meisten Fällen deutlich vom Kern ab, er ist es, der die pigmentführenden Fortsätze aussendet. Woher stammt nun das Pigment dieser Zellen? In einer Reihe von Fällen liegt es massenhaft im Kern selbst (s. Figg. 44, 45, 46), häufig aber bildet es sich aus ausgetretenen Kernkörperchenmassen und führt in diesen zu besonders grofsen Pigmentkugeln. Der Modus der Pigmentbildung ist also derselbe wie in allen anderen Epithelzellen. Diese Zellen entsprechen den sogenannten „Chromatophoren" der Autoren, den epithelialen „Melanoblasten" EHRMANNS. Untersucht man schwach pigmentierte Haut, so findet man in ihr keine Pigmentzellen mit Fortsätzen. Ja selbst in der Haut des Negers sind sie von mehreren Autoren nicht gefunden worden. Ich begehe also keinen Fehler, wenn ich annehme, dafs sie vor der Bestrahlung auch nicht in der schwach pigmentierten Haut meiner brünetten Versuchsperson vorhanden gewesen sind. Sie müssen also durch die intensive Wirkung des Lichtes zu ihrer Tätigkeit angeregt worden sein. Dafs diese Vermutung richtig ist, geht aus den zahlreichen Übergangsformen zwischen gewöhnlichen Epithelzellen und den mit Pigmentfortsätzen versehenen Pigmentzellen hervor. Das Licht verwandelt also gewöhnliche Epithelzellen in sogenannte Chromatophoren oder Melanoblasten, eine Tatsache, die für die Auffassung der Chromatophoren oder Melanoblasten von gröfster Wichtigkeit ist und auf die ich in einem späteren Beitrag noch einmal ausführlich zurückkommen werde.

Als letztes, nebensächliches Argument für die Entstehung des Oberhautpigments aus dem Kern führe ich an, dafs der Kern bei einer abnorm starken Einwirkung des Lichts in Pigmentkörnelungen zerfallen kann, was ich in meiner Arbeit: „Über die Wirkung des Finsenlichts auf normale und tätowierte Haut" nachgewiesen habe (2).

Wichtig ist nun noch zu erwähnen, dafs die Neigung des Pigments an den Rand der Zelle zu wandern, besonders in den Zellen der basalen Reihe ausgesprochen ist (Fig. 45). Über die Kräfte, die es dorthin führen, läfst sich nichts sicheres aussagen. Ich habe bei meinen Untersuchungen ganz besonders darauf geachtet, ob sich auch in den Lymphspalten der Epidermis Pigment unabhängig von der Zelle bildet, jedoch hierfür keinen Anhaltspunkt gefunden. Man mufs daher annehmen, dafs alles Pigment, welches man in pigmentierter Haut in den Lymphspalten findet, aus der Zelle ausgetreten, vom Lymphstrom verschleppt ist und zur Bildung jener eigentümlichen Pigmentfiguren führt, die von vielen Autoren als Zellbestandteile und Ausläufer angesehen wurden.

Gegen die hier vorgebrachten Tatsachen könnte nun der Einwand erhoben werden, dafs die Pigmentbildung überhaupt nur durch eine Degeneration des Kerns entsteht, zumal die Abbildungen zu dieser Arbeit

die Differenzierung des Chromatingerüsts vermissen lassen. Diese tritt nun tatsächlich bei der Alkoholfixierung nicht deutlich zutage und ist aus rein äufseren Gründen in der Zeichnung ganz fortgelassen. Ich habe mich aber aus den zahlreichen Präparaten, die in Platinchlorid und in HERRMANNS Gemisch fixiert waren, immer wieder davon überzeugt, dafs das Kernchromatin normal erhalten ist und dafs von einem pathologischen Kernzerfall nicht die Rede sein kann. Einen solchen nimmt MERTSCHING (3) an. Er schreibt: „Das Pigment des Haares wird im Haare selbst gebildet, es verdankt seinen direkten Ursprung weder dem Blute, noch dem Bindegewebe, aus welchem es durch Wanderzellen ins Epithel gelangen soll; es ist eben ein Produkt der Haarzellen selbst und liegt nicht intercellulär, sondern intracellulär. Es sondert sich zunächst an der Peripherie des Kernes ab, den es auf dicken Schnitten häufig verdeckt; an Schnitten aber von $^1/_{200}$ mm, höchstens $^1/_{100}$ mm Dicke sieht man ganz deutlich die circumnukleäre Ablagerung des Pigments."

„Schon in der Höhe der Papillenspitze liegen die Verhältnisse anders, obwohl man doch auch hier von verhornten oder in Verhornung begriffenen Zellen noch kaum reden darf. Die Kerne der Zellen sind bedeutend kleiner geworden, das Zellprotoplasma ist reichlicher als im Grunde der Haarzwiebel, der Pigmentgehalt wenig oder gar nicht verringert; das Pigment liegt aber deutlich intracellulär, es liegt deutlich an und in der sogenannten Kernmembran, die dadurch um ein Beträchtliches verdichtet erscheint."

„Pigmentbildung und das Auftreten von Keratohyalin führen zur Verkleinerung und schliefslich zur Auflösung des Kernes in Geweben, die sich zur Verhornung anschicken; Pigment in gröfseren Tropfen imponiert als Keratohyalin, Keratohyalin in kleineren Tropfen als Pigment. Pigment läfst sich vom Keratohyalin, Keratohyalin nicht vom Pigment unterscheiden; kurz, es läfst sich nichts anderes schliefsen, als dieses Pigment ist Keratohyalin in feinster Verteilung; nicht etwa jedes Pigment. Es bezieht sich das vielmehr einzig und allein auf das Pigment, welches sich in Horngebilden in körnigem Zustande findet; und hier ist speziell nur das Pigment des Haares und der Oberhaut des weifsen Menschen gemeint."

Ich halte diese Beweisführung nicht für gelungen. Dafs das Pigment an und in der Kernmembran liegt, beweist noch nicht, dafs es aus dem Kern entsteht, denn es kann sich auch aus dem Protoplasma auf den Kern niedergeschlagen haben. Die unglückliche Identifizierung des Keratohyalins mit dem Pigment beruht auf einer falschen physikalischen Auffassung, worauf EHRMANN (4) zuerst aufmerksam gemacht hat.

Dagegen hat JARISCH (5) an Flachschnitten vom Schwanze junger Tritonlarven, die in Platinchlorid fixiert und mit Safranin gefärbt waren, das Vorhandensein leuchtend roter Kugeln im Zelleibe nachgewiesen:

„Die Eigenschaften dieser Körper, ihre gleiche Färbung mit der chromatischen Substanz des Kerns, ihre räumlichen Beziehungen zum Kern drängten von vornherein den Gedanken auf, dafs sie dem Chromatin des Kerns nahe stehen.“ Diese leuchtend roten Kugeln verwandeln sich nach seinen Angaben in Pigment.

Hier scheint also die Pigmentbildung in einer ähnlichen Weise vor sich zu gehen wie beim Menschen; ob es sich bei diesen Gebilden um das Chromatin oder einen demselben nahestehenden Körper handelt, läfst JARISCH unentschieden. Er erklärt die von FLEMMING in Lymphdrüsenzellen und von LOEWIT in den weifsen Blutkörperchen des Krebsblutes gefundenen „tingiblen Körper“ für identisch mit seinen chromatischen Kugeln. Da alle diese Autoren keine Kontrastfärbungen zwischen Kern und Kernkörperchensubstanz kennen, ist es schwer zu entscheiden, ob die von ihnen beschriebenen Gebilde identisch mit den meinigen sind. Immerhin ist es wahrscheinlich, da JARISCH als konstanten Befund in seinen chromatischen Kugeln eine zentrale Vakuole beschreibt, die ich in meinen Präparaten ebenfalls, wenn auch sehr selten, gesehen habe. Aber auch bei Säugetieren, nämlich in den Retezellen der Ochsenkonjunktiva, hat derselbe Autor (6) eigentümliche homogene, braun gefärbte kugelige Gebilde beschrieben, an denen er in einzelnen Fällen eine zentrale Vakuole aufgefunden hat. Auch diese Gebilde scheinen mit meinen in Pigment umgewandelten Kernkörperchenmassen identisch zu sein.

LUKJANOW (7) beobachtete in einem Sarkom, dafs die Pigmentkörnchen um den Kern herum auftreten und endlich Pigmentschollen die Stelle des Kerns einnehmen, so dafs er eine Beteiligung des Kerns an der Pigmentbildung für wahrscheinlich hält.

Das überraschende Verhalten der Kernkörperchen in den Epithelzellen des Menschen, nämlich die Vermehrung ihrer Substanz und ihr Austritt aus dem Kern ist in der Biologie kein unbekanntes Phänomen.

O. HERTWIG (8) schreibt:

„In den Riesenkeimbläschen, durch welche sich die grofsen, dotterreichen Eier der Fische, Amphibien und Reptilien auszeichnen, nimmt die Zahl der Keimflecke während des Wachstums der Zelle aufserordentlich zu und kann sich schliefslich auf viele Hunderte belaufen. Auch ihre Lage verändert sich im Laufe der Entwicklung, wie es scheint nach einer bestimmten Regel. Während in jüngeren Eiern fast alle Keimflecke an der Oberfläche des Keimbläschens zu finden sind und seiner Membran in gleichmäfsigen Abständen verteilt anliegen, wandern sie später zum gröfsten Teil ins Innere und häufen sich hier an einer bestimmten Stelle entweder in einem gröfseren Haufen oder in einem Ringe an.

Eine so kolossale Zahl von Nukleolen wie in dem Keimbläschen der

Eier einiger Tierklassen ist auch — allerdings in sehr vereinzelten Fällen — in den Kernen von Gewebszellen beobachtet worden. Als ein derartiges Beispiel beschreibt MONTGOMERY die subcutikularen Drüsenzellen von Piscicola rapax, welche bei völliger Entwicklung so grofs werden, dafs sie schon mit bloſsem Auge leicht zu sehen sind. Wie beim Ei die Zunahme der Nukleolen mit der Ausbildung des Dottermaterials, so scheint sie hier mit der Ansammlung des Sekretes Hand in Hand zu gehen. Denn die jungen, noch nicht mit Sekret gefüllten Drüsenzellen haben einen kleinen Kern mit Chromatinnetz und einem einzigen Nukleolus. Erst mit der Sekretbildung und der dadurch allmählich hervorgerufenen riesigen Vergröſserung der Zelle steigt die Zahl der Nukleoli, die unregelmäſsige Formen annehmen und S- oder V- oder W-förmig werden, bis sie sich schlieſslich in dem entsprechend vergröſserten Kern auf 300 bis 400 beläuft.

Endlich kommt es, wie in den Keimbläschen, auch zu einer Rückbildung der Nukleolen, die auf einem gewissen Stadium aus dem Inhalt des Kernes in das Protoplasma der Drüsenzelle ausgestoſsen werden, bis auf einen einzigen, der in dem verkleinerten Kern zurückbleibt. Im Zellinhalt verlieren die ausgetretenen Nukleolen ihre Färbbarkeit und werden allmählich aufgelöst."

„Von mehreren Forschern wird angegeben, dafs Nukleolen und Keimflecke sich durch Teilung vermehren können. ZIMMERMANN hält dies sogar für die Regel und ist daher zum Ausspruch „Omnis nucleolus e nucleolo" veranlafst worden. Hiergegen erhebt MONTGOMERY, der eine gröſsere zusammenfassende Arbeit über Nukleolen veröffentlicht hat, wie uns scheint mit Recht, mehrfache Bedenken. Denn auf der einen Seite ist ihre Vermehrung durch Teilung noch in keinem Fall vollkommen einwandsfrei sichergestellt worden, auf der anderen Seite sprechen auch viele Erscheinungen dafür, dafs ihre Entstehung durch Zusammenballen vorher zerstreuter Pyreninteilchen erfolgen kann. So tauchen bei der Entstehung der Tochterkerne Nukleolen wieder neu im Kernsaft auf, von denen eine direkte Abstammung von einem Mutternucleolus direkt in Abrede gestellt werden muſs. Und ebenso ist es durch nichts erwiesen, dafs die Hunderte von Keimflecken im Keimbläschen der Fische und Amphibien einer durch Teilung eines ursprünglich einzigen entstanden sind."

Aus dieser Darstellung geht hervor, wie unbekannt die Schicksale des Kernkörperchens sind, und wie auch der kleinste Beitrag, der über ihre Rolle im Leben der Zelle etwas aussagt, für weitere Untersuchungen von Wichtigkeit ist.

Mit gröſster Wahrscheinlichkeit läfst sich von der Nucleoli der

Epidermiszellen der Menschen sagen, daſs sie Eigenbewegung besitzen; als Anlockungsmittel muſs das Licht bezeichnet werden. Der Austritt der Kernkörperchen aus dem Kern beruht auf einer Bewegung, die entweder der Kern oder das Kernkörperchen ausführen muſs. Daſs das letztere der Fall ist, dafür sprechen die vorher geschilderten Formveränderungen des Kernkörperchens.

Ob die in den ausgetretenen Kernkörperchenmassen liegende Vakuole eine besondere Bedeutung für die Pigmententwicklung hat, vermag ich nicht zu sagen.

Das Ergebnis meiner Untersuchungen ist folgendes:

1. Durch den Reiz, den das Licht auf die Epithelzellen ausübt, vermehrt sich die Substanz der Kernkörperchen; diese treten in das Protoplasma aus und verwandeln sich hier in Pigmentkörper, die in feine Pigmentkörnchen zerfallen und entweder an den Rand der Zelle wandern oder sich um den dem Licht zugekehrten Pol des Kerns ansammeln.
2. Durch die Wirkung des Lichtes verwandelt sich ein Kernkörperchen schon im Kern selbst in eine braune Pigmentkugel, die als solche aus dem Kerne austritt und im Protoplasma in Pigmentkörnchen zerfällt.
3. Es findet eine Höhlenbildung im Kern statt, an deren Wandung Pigmentkörnchen auftreten. Durch Platzen der Wandung einer solchen Höhle entsteht eine kraterförmige Öffnung, aus der das Pigment in das Protoplasma ausströmt.

Nach vollendeter Pigmentbildung findet man im Kern nur ein oder zwei kleine Kernkörperchen.

Dieses Ergebnis ist ein weiterer Baustein für die Lehre von der Entstehung des Oberhautpigments in der Oberhaut selbst und für die grundsätzliche Differenz zwischen Oberhaut- und Coriumpigment.

Literatur.

1. Mehrowsky, Beiträge zur Pigmentfrage. I. Die Entstehung des Oberhautpigments beim Menschen in der Oberhaut selbst. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 42. Nr. 11.
2. Derselbe, Über die Wirkungen des Finsenlichts auf die normale und tätowierte Haut des Menschen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 42. Nr. 8.
3. Mertsching, Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Arch.* 1889. S. 484.
4. S. Ehrmann, Zur Kenntnis von der Entwicklung des Pigments usw. und Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.
5. Jarisch, Über die Bildung des Pigments in den Oberhautzellen. *Arch. f. Derm. u. Syphilis.* 1892.

6. Derselbe, Zur Anatomie und Herkunft des Oberhaut- und Haarpigments bei Menschen und Säugetieren. Ergänzungsheft zum *Arch. f. Derm. u. Syphilis.* 1891. Nr. 2, S. 40. Zit. nach JARISCH.
7. LUKJANOW, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Zelle. Leipzig 1891. Cit. nach RABL.
8. O. HERTWIG, Allgemeine Biologie. 1906. S. 38 usw.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1—21, 29—41. Alkoholfixierung; Färbung PAPPENHEIM-UNNA. LEITZ Okul. 8. Immersion 1/12.
Fig. 22—28, 42—46. Osmiumfixierung. Färbung mit Methylenblau. LEITZ Okular 4. Immersion 1/12.
Fig. 1. Vermehrung der Kernkörperchensubstanz.
Fig. 2—7. Austritt der Kernkörperchensubstanz.
Fig. 8. Vordringen der Kernkörperchensubstanz bis zum Rand der Zelle.
Fig. 9. Pigmentbildung neben einer Einbuchtung des Kerns.
Fig. 10. Pigmentbildung im Kern; das Pigment dringt bis zum Rand der Zelle vor.
Fig. 11. Wie Fig. 9.
Fig. 12. Pigmentbildung im Kern; neben dem Kern liegt noch Kernkörperchensubstanz.
Fig. 13. Pigment und Kernkörperchensubstanz neben dem Kern.
Fig. 14—16. Pigment entströmt einer Kraterbildung im Kern.
Fig. 17. Kernkörperchen in Pigment verwandelt, liegt noch in der Zelle.
Fig. 18. „ „ „ „ beim Austritt aus der Zelle.
Fig. 19. „ „ „ „ aufserhalb der Zelle.
Fig. 20—21. Pigmentbildung am Rand des Kerns.
Fig. 22—28. Pigmentbildung im Kern.
Fig. 29—31. Kerne nach vollendeter Pigmentbildung bei kurzdauernder Bestrahlung.
Fig. 32—41. „ „ „ „ „ langdauernder „
In Fig. 35 liegt noch Kernkörperchensubstanz neben dem Kern.
Fig. 42—43. Phototropismus des Hautpigments.
Fig. 44 u. 45. Pigmentbildung im Kern. Aus dem Kern strömt das Pigment in das Zellprotoplasma, von dem Fortsatze ausgehend.
Fig. 46. Kern ganz mit Pigment ausgefüllt. Die Fortsätze gehen anscheinend vom Kern aus, da in dieser Figur ein Protoplasmasaum nicht zu erkennen ist.

III.

Besitzt das atrophische Narbenepithel des Weifsen die Fähigkeit zur Pigmentbildung?

Wenn ich die Fähigkeit des atrophischen Narbenepithels zur Pigmentbildung zum Gegenstande einer besonderen Untersuchung gemacht habe, so geschah es aus dem Grunde, weil die meisten Autoren eine solche Möglichkeit strikt verneinen. Bekanntlich hat EHRMANN (1) den Satz aufgestellt, dafs das Pigment in der Haut des Menschen einheitlich sei, dafs es in Zellen gebildet werde, die aus dem Mesenchym stammen und an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis liegen, und dafs diese

Zellen auch die Epithelzellen, die nicht fähig zur Pigmentbildung sein sollen, mit Pigment versorgen.

Nr. 1 des Resumés seines grofs angelegten Werkes (1) lautet:

„Die Pigmentbildung geschieht in eigentümlichen, weder mit Bindegewebszellen, noch Leukocyten, noch mit Epidermiszellen identischen Zellen, den Melanoblasten."

Nr. 2: „Die Melanoblasten sind Abkömmlinge des mittleren Keimblattes, welche zum Teil sich darin selbständig entwickeln, in die Epidermis einwachsen und daselbst ein selbständiges Zelldasein führen. Ob sich Zellen des äufseren Keimblattes in der Anlage des Retinaepithels zu Melanoblasten umwandeln, mufs vorläufig dahingestellt bleiben."

Ferner schreibt Ehrmann (2): „Die Melanoblasten findet man zum gröfsten Teil in der Cutis und in der Epidermis, und zwar in ersterer ausschliefslich im Papillarkörper; nur bei melanotischen Neubildungen werden sie von hier weiter in die Tiefe geschoben. Deshalb werden bei Zerstörung des Papillarkörpers pigmentlose Narben, auch bei Negern und brünetten Individuen gebildet."[1] Ferner (S. 759): „In Fällen, wo es zur Ulceration gekommen ist, wird die ulcerierte Stelle und ihre nächste Umgebung durch Zerstörung des Papillarkörpers zu einer Narbe umgewandelt und durch Mitzerstörung der Melanoblasten pigmentlos."[1]

Von anderen Autoren, die die Fähigkeit des Narbenepithels zur Pigmentbildung verneinen, führe ich Unna (3) an. Unna untersuchte pigmentierte Narben von Unterschenkelgeschwüren und zeigte an diesen in scharfsinniger Weise die Differenz zwischen Corium- und Epidermispigment. „Es zeigt sich hier also in einem Falle, in welchem klinisch sicher eine hämorrhagische Pigmentose vorlag und histologisch der Hämoglobinaustritt nachweisbar war, in der Oberhaut eine — wie es scheint — von dem überreichlich gebildeten Cutispigment vollkommen unabhängige Pigmentation, welche mikroskopisch alle Charaktere des Melanins an sich trägt. Dafs ein atrophisches Narbenepithel beim Weifsen überhaupt Pigment bilde, ist wohl undenkbar und, soviel ich weifs, auch niemals behauptet worden."[1]

Unna nahm also an, dafs das Pigment des Narbenepithels vom Hämoglobin abstammt. „Wie man sieht, werde ich an der Hand dieser Präparate zu einer noch weiteren Fassung der Neumannschen Theorie geführt, nach welcher die Art des local entstehenden Pigmentes auch bei gleicher Quelle noch abhängig ist von dem Boden, auf dem es sich bildet und daher im Epithel andere Form und chemische Zusammensetzung zeigt, wie in der Cutis."

---

[1] Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Die Behauptung Ehrmanns, dafs Narben pigmentfrei bleiben, ist irrig. Unna (4) fand von 32 Narben 11 in höherem Grade pigmenthaltig und bemerkt: „Keinesfalls ist die Narbe im allgemeinen so pigmentlos, wie meistens angegeben wird.“ Ich selber habe in diesem Sommer an einem Segler gesehen, wie nicht nur die Pockennarben seines Arms, sondern auch eine andere, von einer Verletzung herrührende, ganz atrophische weifse Narbe unter der Wirkung des Sonnenlichtes an der tief dunklen Verfärbung der normalen Haut teilnahm.

Um nun zu beweisen, dafs die Epithelzellen der Narbe zur Pigmentbildung fähig sind, wählte ich eine fast blasse atrophische Narbe von Pfenniggröfse am Oberarm eines brünetten Individuums und bestrahlte sie 1½ Stunden lang mit der Finsenlampe. Unmittelbar nach der Sitzung war die Narbe leicht gebräunt und wurde sofort excidiert. Diesen Versuch habe ich mehrmals mit demselben Erfolge wiederholt. Da jedoch die Fähigkeit zur Pigmentbildung individuellen Schwankungen unterliegt und das Narbenepithel anscheinend schwerer als die normale Haut zur Pigmentbildung zu veranlassen ist, kann es immerhin Fälle geben, in denen diese Versuche nicht gelingen. Sie müssen daher an brünetten Personen ausgeführt und die Bestrahlungen bis zu zwei Stunden ausgedehnt werden. In einzelnen Fällen konnte ich mit der Finsenlampe unmittelbar nach der Sitzung überhaupt keine dunklere Verfärbung der Narbe feststellen. Diese pflegte dann gewöhnlich nach ein bis zwei Tagen deutlich zu werden, wie überhaupt die Pigmentbildung einige Zeit nach der Bestrahlung intensiver wird.

Nach Härtung in absolutem Alkohol und Cellolidineinbettung färbte ich hauptsächlich nach Pappenheim-Unna. Das Resultat war folgendes: Die Narbe bot das von Unna in seiner Histopathologie festgelegte Bild: Neben einem unregelmäfsig gewucherten Papillarkörper fand sich auf weiten Strecken überhaupt kein Papillarkörper vor. In der Cutis war keine Spur von Pigment sichtbar, dagegen war das Epithel nicht nur in der basalen Schicht, sondern auch in den höheren Zelllagern tief dunkel pigmentiert. Der Pigmentierungsvorgang fand in der von mir in meinem zweiten Beitrag geschilderten Weise statt. In den noch nicht pigmentierten Zellen sah man eine lebhafte Vermehrung und Ausstofsung von Kernkörperchensubstanz, jenen Vorgang, der überhaupt die allererste nachweisbare Wirkung der chemischen Strahlen auf die Epithelzelle darstellt und die Pigmentbildung einleitet. Nirgends, weder in der Cutis noch in der Epidermis, fand sich auch nur eine einzige Zelle, die man als sogenannte Chromotophore oder als einen „Melanoblasten“ im Sinne Ehrmanns hätte bezeichnen können.

Gerade die hier mitgeteilten Tatsachen sind in keinen Einklang mit

der Ehrmannschen Melanoblastentheorie zu bringen. Nach seiner Meinung sind Narben nach Zerstörung des Papillarkörpers pigmentlos, weil die „Melanoblasten" mitzerstört sind. In meinem Fall fehlte der Papillarkörper auf weiten Strecken, und die Epidermis war dennoch nach dem Modus der epithelialen Pigmentbildung pigmentiert.

Für eine exakte Beweisführung könnte man den Nachweis verlangen, dafs die Narbe, in der ich nach der Bestrahlung so reichliche Menge Pigment nachweisen konnte, vor derselben auch wirklich pigmentfrei gewesen ist. Ein solcher Nachweis läfst sich nicht erbringen, und ich kann mich nur auf die allgemeine Erfahrung berufen, dafs man in blasser Haut wenig oder gar kein Pigment findet. Nimmt man nun aber wirklich an, dafs die Narbe bereits vorher Pigment führte, so liefs sich nicht nur makroskopisch an der dunkleren Verfärbung, sondern auch mikroskopisch an dem Austritt von Kernkörperchenmassen aus dem Kern die Neubildung des Pigments zeigen.

Diese Tatsachen beweisen nach meiner Überzeugung für die meisten Fälle mit Sicherheit die Fähigkeit des atrophischen Narbenepithels zur Pigmentbildung.

Literatur.

1. S. Ehrmann, Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen usw. Kassel, 1896. *Biblioth. medic.*
2. S. Ehrmann, Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. Band II, S. 751. *Artikel Pigmentanomalien.*
3. P. G. Unna, Histopathologie, S. 973.
4. P. G. Unna, Histopathologie, S. 1086.

IV.

Ursprung und Bildung des Cutispigments beim Menschen.

Nachdem die Frage der Entstehung des Oberhautpigments durch die Untersuchungen von Jarisch, Rabl, Kaposi, Schwalbe, Post, Caspary, Blaschko, Grund und mir im Sinne der Bildung in der Oberhaut selbst entschieden ist, erscheint es nunmehr besonders wichtig, den physiologischen Vorgang der Entstehung des Cutispigments zu erörtern.

Um die Beziehungen des Pigments zum Hämoglobin klar zu stellen, setzten Quincke (1) und Ehrmann (2) künstliche Blutungen und beobachteten die Veränderungen bei der Resorption des Blutgerinnsels. Schmidt (3) brachte mit Blut vollgesogene Hollundermarkplättchen in den Lymphsack eines Frosches. Alle Autoren beobachteten die Aufnahme der roten Blutkörperchen in Zellen, in denen sie in Pigment zerfielen oder

den Austritt des Hämoglobins aus den als Schatten zurückbleibenden Erythrocyten, das sich dann ebenfalls entweder frei im Gewebe oder in Zellen in Pigment umwandelte. Es ist jedoch klar, dafs diese Versuche nichts über den natürlichen, physiologischen Vorgang aussagen.

Normal pigmentierte Haut enthält bekanntlich in der Cutis eine der Menge des Oberhautpigments entsprechende Menge Cutispigment, die an sich bedeutend geringer ist als die erste und auf die Färbung der Haut keinen wesentlichen Einfluſs haben kann. Bestrahlt man blasse Haut, so findet man in der Cutis gar kein oder nur sehr spärliches Pigment. In gröſserer Menge findet es sich dagegen bei lang andauernden Belichtungen und ganz besonders bei solcher Haut, die schon von vorneherein einen leicht dunklen Ton, also auch geringe Mengen von Pigment in der Epidermis und Cutis hatte. Bei solchen Objekten ruft das Licht eine auffallende Vermehrung auch des Cutispigments hervor, das aber in seiner Masse stets hinter dem Oberhautpigment zurückbleibt. An Präparaten, die von solchen Objekten gewonnen sind, läſst sich die Bildung des Cutispigments deutlich verfolgen: Es entsteht hauptsächlich innerhalb von Capillaren, und zwar entweder sofort als fast runde, hellbraune, grobe Körner, oder durch den Zerfall goldgelber Schollen. Im ersteren Falle scheint es sich aus einer bei Anwendung der Pappenheim-Unnaschen Lösung rot gefärbten Masse zu bilden, welche wahrscheinlich mit ausgetretenem Blutfarbstoff identisch ist. Auſser in Capillaren lag das Cutispigment teils frei in Lymphspalten, teils im Gewebe, teils in Zellen eingeschlossen, die ihrem Aussehen nach als Spindelzellen aufgefaſst werden muſsten.

Der Umstand, dafs bei Anwendung der Finsenlampe das Druckglas das Blut aus den Gefäſsen ausdrückt und den neuen Zufluſs zu den Capillaren unmöglich macht, ist die Ursache dafür, dafs mit dieser Methode die Einzelheiten der Umwandlung der roten Blutkörperchen in Pigment nicht zu entscheiden sind. Selten, aber doch mit voller Sicherheit konnte das Vorhandensein von goldgelben Schollen innerhalb der Gefäſse nachgewiesen werden; es fanden sich jedoch keine Übergänge zwischen diesen und den roten Blutkörperchen, während wieder der Zerfall jener Schollen in braunes Pigment beobachtet werden konnte. Ich hoffte nun, alle fehlenden Zwischenstufen bei solchen Objekten aufzufinden, bei denen das Druckglas nur zur Kühlung und nicht zum Wegdruck des Blutes angewendet worden war. Diese Hoffnung erwies sich als trügerisch, denn bei diesem Experiment wurden die Capillaren von dem arteriellen Blutstrom durchgespült, so dafs ich in solchen Präparaten überhaupt kein Cutispigment fand.

Dagegen zeigten sich bei diesen Versuchen oberflächliche und tiefe Gefäſse thrombosiert. Die Gefäſse enthielten teils unzersetzte rote Blut-

körperchen, teils nur deren Stroma, während das Hämoglobin die Nachbarschaft der Gefäfse imbibierte. Ich glaube, dafs dieser Befund die Erklärung für den natürlichen Vorgang abgibt. Wir können erstens verstehen, dafs die Pigmentbildung innerhalb der kleinsten Gefäfse zustandekommt, denn in diesen entsteht unter der Einwirkung des Lichtes, wie die Versuche von DREYER und JANSEN (5) an der Zunge und der Schwimmhaut des Frosches gelehrt haben und wie ich durch den eben angegebenen Versuch bestätigen kann, eine Thrombosierung. Wir können dann aber auch weiter verstehen, dafs das Cutispigment in allen den Zellen gebildet wird, welche den ausgetretenen Blutfarbstoff in sich aufgenommen haben, und das sind in diesem Falle hauptsächlich Spindelzellen. Schliefslich wird auch das freie Auftreten des Pigments im Gewebe und in den Lymphspalten erklärlich. Die Bildung des Cutispigments aus dem Blutfarbstoff scheint sich also unter der Einwirkung des Lichtes in derselben Weise zu vollziehen, wie sie von SCHMIDT (l. c.) geschildert wird. „Für die Einleitung der Pigmentmetamorphore der roten Blutkörperchen möchte ich also die Trennung des Stroma vom Hämoglobin halten, welches letztere in ungelöster Form direkt in die gelben Körner übergeht, gleichviel ob es von kontraktilen Zellen aufgenommen wird oder nicht."

In unseren Präparaten wird der ausgetretene Blutfarbstoff hauptsächlich von Spindelzellen aufgenommen. Dafs es sich nur um solche und um keine anderen Gebilde handelt, geht nach meiner Überzeugung aus folgender Beobachtung mit Sicherheit hervor: In einer früheren Arbeit (Über den Einfluſs des Finsenlichtes auf normale und tätowierte Haut des Menschen) habe ich an die alten Versuche von HOFFMANN und LANGERHANS (4) erinnert, dafs in die Zirkulation eingeführter Zinnober in die Bindegewebszellen der meisten Organe, auch in die der Haut übergeht. Ich habe dann selbst gezeigt, dafs Zinnober oder Kohle, die von aufsen in die Haut eintätowiert wurden, teils frei, teils in Spindelzellen lagen. In denselben Zellen nun, in denen man Farbstoffkörnchen findet, liegt häufig gleichzeitig das Pigment des Coriums. Damit ist der Beweis erbracht, dafs es sich nicht um spezifische Zellen im Sinne der EHRMANNschen Melanoblasten handelt, sondern um gewöhnliche Spindelzellen. Wenn man in den Figuren 9 bis 14 meiner zitierten Arbeit die schwarzen Farbstoffkörnchen durch braune Pigmentkörnchen ersetzen würde, dann hätte man die Bilder, die die Zellen darstellen, in denen das Cutispigment liegt.

Das Cutispigment ist von dem Pigment der Oberhaut grundsätzlich verschieden. Dieses entsteht im Kern, ist nach seiner Bildung aus Pigmentkugeln überaus feinkörnig, dunkelbraun bis schwarz und zeigt sowohl die Gestalt feinster Körnchen, als auch in einigen Fällen die strichförmiger Kristalle. Das Cutispigment entsteht unter der Wirkung des Lichtes aus dem

Blutfarbstoff, teils frei im Gewebe, teils in den kleinsten Gefäfsen, teils in Spindelzellen, die Blutfarbstoff aufgenommen hatten. Es ist stets heller als das Oberhautpigment und von gleichbleibender Form. Auf die chemischen Unterschiede kann ich hier nicht eingehen; sie sind in den Arbeiten von SCHMIDT (l. c.) und UNNA (6) u. a. besprochen.

Das Pigment der Haut des Menschen ist demnach nicht, wie EHRMANN behauptet, einheitlich. Das epitheliale Pigment entsteht in der Epidermis und ist ein Produkt des Kernkörperchens; das Cutispigment ist dagegen hämatogenen Ursprungs.

Die klare Erkenntnis dieser Tatsachen und die strenge Trennung derselben würden die fruchtbare Grundlage für die Pathologie der Pigmenterkrankungen werden.

Literatur.

1. H. QUINCKE, Über Siderosis. *Deutsches Archiv für klin. Medizin.* Bd. 25. Zitiert nach EHRMANN.
2. S. EHRMANN, Das melanotische Pigment usw. *Biblioth. medic.* Bd. II, Heft 6.
3. M. B. SCHMIDT, Über die Verwandschaft der hämatogenen und autochthonen Pigmente usw. *Virchows Archiv*, Bd. 115.
4. HOFFMANN und LANGERHANS, *Virchows Archiv*, Bd. 48, Heft 2.
5. DREYER und JANSEN, Über den Einfluss des Lichtes auf tierische Gewebe. Mitteilungen aus FINSENS Lichtinstitut. 1905. 9. Heft.
6. UNNA, Histopathologie. S. 973.

Aus der Praxis.

Eine neue Methode der Haarimplantation.

Von

Dr. med. JOSEF KAPP-Berlin.

Bei Versuchen, Haare zu implantieren, bediene ich mich seit kurzem einer Methode mit bestem Erfolg, welche auf dem KROMAYERschen[1] Haarstanzverfahren basiert. Bekanntlich werden bei letzterem durch feine rotierende Hohlmesser die Haare mit Wurzeln und Adnexen ausgestanzt, so dafs man, wenn der kleine Eingriff gelungen, Haar nebst Wurzel und Haartasche sowie umhüllendem Gewebe erhält. Es ist naheliegend, dafs

[1] KROMAYER, Eine neue sichere Epilationsmethode: das Stanzen. *Dtsche. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 5.

ein solches Haar, wenn es sofort nach seiner Ausschälung in frisches, gesundes Hautgewebe implantiert wird, in diesem anwachsen muſs.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, verfuhr ich nun auf folgende Weise: Zunächst entfernte ich bei einer an starker Hirsuties leidenden Patientin von den kräftigen, borstigen Haaren des Kinnes fünf Stück mittels des KROMAYERschen Hohlmessers Nr. 8, welches ich durch einen Elektromotor in Rotierung versetzte. Durch genaue Lupenbesichtigung überzeugte ich mich jedesmal davon, ob auch die Haarpapille, ein schwarzes, glasig schimmerndes Knöpfchen am Ende des Haarschaftes, sichtbar war, da es vorkommt, daſs das Stanzmesser den Haarschaft schräg durchschneidet, so daſs die Wurzel an ihrem Platze zurückbleibt. Solche nicht ganz vollständigen Haare schloſs ich natürlich von dem weiteren Versuche aus.

Die völlig unversehrten Haare legte ich zunächst auf mit physiologischer Kochsalzlösung getränkte Watte, um sie vor Austrocknung der anhängenden Gewebsteile zu schützen. Jedesmal, wenn ich fünf Stück zusammen hatte, bohrte ich mit einem etwas gröberen Stanzmesser — ich wählte hierzu Nr. 9 — in die Haut der Beugeseite des Unter- resp. Oberarmes fünf Öffnungen bis tief in die Unterhaut, wobei ich mich zuerst streng an die Poren hielt, um möglichst schon vorhandene Talgdrüsenkanäle zu benutzen. Bei späteren Versuchen setze ich die Öffnungen auch unabhängig von den Poren. Die Beugeseite der oberen Extremität wählte ich deshalb, weil sie meist am wenigsten natürlichen Haarwuchs zeigt, oft sogar an groſsen Stellen vollkommen haarlos ist. An diesen Partien war also eine Verwechslung meiner Pflänzlinge mit schon vorhandenen, natürlich gewachsenen Härchen am wenigsten zu befürchten.

Der Akt der Implantation selbst gestaltete sich sehr einfach. Nachdem die kapillären Blutungen aus den vorgebohrten Öffnungen aufgehört hatten, faſste ich der Reihe nach je ein Haar mit einer Cilienpinzette an dem oberen freien Ende an und steckte es, Wurzel voran, in eine der Öffnungen. Wenn sich irgend ein Widerstand hierbei bot, nahm ich ein knopfsondenartiges Stäbchen zu Hilfe, um mit diesem und der Pinzette das Haar in die Öffnung hineinzuleiten und dann fest einzudrücken. Nachdem ich so eine gröſsere Anzahl eingepflanzt, bedeckte ich das Operationsfeld mit Wundpuder, legte, um ein Ankleben des Verbandes zu vermeiden, darüber zunächst ein Stück Guttapercha, welches ich mit Leukoplaststreifen festhielt. Über das Ganze kam eine Mullbinde. Den ersten Verband lieſs ich drei, später fünf bis sechs Tage liegen. Die Heilung erfolgte stets glatt und ohne jede Störung. Ungefähr 80% der implantierten Haare gingen an, der Rest fiel aus. Öfter auch fiel nach einigen Tagen der Haarschaft aus, die Wurzel aber trieb bald ein neues, ebenso kräftiges Haar hervor.

Die Methode erfordert natürlich eine gewisse Übung, ist aber dafür auch in ihren Erfolgen den mir bekannten Haarimplantationsmethoden weit überlegen. So habe ich z. B. nach der von HODARA[2] beschriebenen Haarschnitzelmethode keinen positiven Erfolg gesehen.

Ich bin weit davon entfernt, meiner Methode eine weittragende Bedeutung, etwa für die Heilung der Alopecie zusprechen zu wollen. Um viele tausend Haare, wie es doch wohl stets bei einigermafsen ausgesprochener Kahlheit nötig wäre, zu implantieren, müfsten sowohl Arzt als auch Patient mehr Geduld besitzen, wie sie uns Sterblichen gemeinhin beschieden ist. Auch halte ich auf dem Schädel die Möglichkeit von Verletzungen des Knochens durch das Rotationsmesser sehr naheliegend, wenigstens müfste bei Vorbohrung der Öffnungen die Kopfhaut zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand hochgeschoben werden, was mitunter aber nur sehr schwer und unvollkommen gelingt. Trotzdem möchte ich einen gewissen therapeutischen Wert dem Verfahren doch nicht absprechen. Bei manchen Fällen von Alopecia areata, z. B. wenn wenig Heilneigung zeigende kahle Scheiben in der Nackenregion sich etabliert haben, auch bei durch Bartflechten entstandenen kahlen Stellen in Schnurrbart und Vollbart, wird man auf mein Verfahren mit Erfolg rekurrieren können.

[2] MENAHEM HODARA, Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschaftes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. XXVII. S. 53.

Versammlungen.

Ergänzungsbericht
zu der Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft vom 3. Juli 1906.[1]

Von Dr. A. BEER.

HOFFMANN berichtete, anläfslich seiner Demonstrationen, von zwei positiven **Impferfolgen an Affen** mit Drüsenpunktionssaft, welche zum Teil von diagnostischer Wichtigkeit waren, teilte ferner noch einen weiteren — aufser den bereits publizierten beiden Fällen (sechs Wochen bezw. sechs Monate alte Syphilis) — Impferfolg mit Venenblut eines vor drei Monaten infizierten, noch unbehandelten Syphilitikers mit. Eine Impfung mit tertiärem, ulcerösem Syphilid war positiv, ebenso eine solche mit Spinalflüssigkeit. Die Nachimpfung bei diesem letzten Falle war negativ. Es zeigte sich an dem Orte der Nachimpfung ebenso wie an der ursprünglich geimpften Stelle eine kleine, flache Papel, die zweifellos als lokales Rezidiv der ersten Impfung aufzufassen ist. Mit Sperma von behandelten und unbehandelten Patienten wurde in drei Fällen kein positiver Erfolg erzielt. Eine Impfung mit Affenorganen (Milz, Drüse) war positiv.

[1] Siehe S. 72.

Berr (nicht Bär) demonstriert: seit drei Wochen lebende **Spirochaeta pallida** im luftdicht abgeschlossenen Deckglaspräparat. B. glaubt durch seine Versuche Belege für die anaërobe Lebensweise der Pallida gefunden zu haben. (Ausführlicher Bericht in der *Dtsch. med. Wochenschr.*)

Fachzeitschriften.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1906. Band IV. Heft 1.

1. **Das neue Frauenmerkblatt.** Wie sich seinerzeit das erste Merkblatt der Gesellschaft an die Allgemeinheit gewendet, vor den Geschlechtskrankheiten gewarnt und auf ihre Gefahren hingewiesen hatte, so ist das neue Merkblatt den Frauen ausschliefslich gewidmet. Es wird den besonderen Anforderungen seiner Aufgabe vollauf gerecht. Hauptsächlich macht es die weibliche Jugend auf die doppelten Gefahren des aufserehelichen Geschlechtsverkehrs, auf die Schwangerschaft und die Geschlechtskrankheiten aufmerksam. Es ist besonders für Dienstmädchen, Arbeiterinnen und Verkäuferinnen berechnet, weibliche Stände, die der Gefahr der sexuellen Berührung mit dem Manne am meisten ausgesetzt sind. Auch die besondere Schädigung des weiblichen Organismus durch den Tripper wird ausführlich, aber prägnant beleuchtet. Auch die Verpflichtung der Krankenkassen, geschlechtskranke Mitglieder genau so zu behandeln wie an anderen Krankheiten Leidende, wird ins rechte Licht gesetzt, ebenso die ärztliche Schweigepflicht und die Möglichkeit der Krankheitsübertragung auch ohne den geringsten Geschlechtsverkehr.

2. **Sexuelle Selbstdisziplin,** von E. L. Keyes - New York. Die Ausführungen sind gelegentlich eines Vortrages vor der amerikanischen Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe gemacht worden. Der ursprüngliche Mensch gewann sich ohne Frage das Weib durch seine körperliche Kraft. Er war der Herr, die Frau die Untertanin. Als sein Recht forderte der Mann von dem Weibe den Tribut des Geschlechtsverkehrs. Im Orient bot man früher sogar dem einkehrenden männlichen Gaste die Tochter des Hauses zum sexuellen Gebrauche als Gastgabe an. Die Frauen fühlen sich auch zu der Stärke des Mannes hingezogen, sie verachten den feigen, zaghaften Mann und sind dem Kühnen, Starken wohlgewogen. Ja sogar die geschlechtlichen Verirrungen des Mannes werden im allgemeinen von der Frau nachsichtig beurteilt, diejenigen der Frau dagegen verurteilt man unbarmherzig. Als Beispiel erwähnt der Verfasser, dafs in den amerikanischen Südstaaten der Schwarze, welcher mit einer weifsen Frau verkehrt, verjagt oder gar gelyncht wird. Ein gewisses sexuelles Vorrecht wird dem Manne zweifellos zugestanden, wenn auch nur in praxi. Von dieser Sonderbevorrechtigung gilt es unsere männliche Welt abzubringen. Und das hat durch vernünftige Erziehung zu geschehen. Vor allem ist der junge Mann darauf hinzuweisen, dafs er sich sexuell im Zaume halten mufs, da zügelloser Verkehr ihn schwächt und hinsichtlich sexueller Erkrankungen stark gefährdet. Eine Atrophie der Hoden hat auch die strengste sexuelle Enthaltsamkeit nicht zur Folge. Eher ist dieselbe Folge von Ausschweifung und Masturbation. *Hopf-Dresden.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band V. Heft 2.

1. **Öffentliche Häuser in Rufsland**, von KARL NÖTZEL-Moskau. Verfasser beschreibt zuerst die öffentlichen Häuser in Minsk. „Die Prostitution — sagt NÖTZEL ebenso treffend wie poetisch — ist eine Krankheit der Menschheit. Hunger und Schwäche sind ihre Eltern, Krankheit und Tod ihre Kinder.“ Frauen aus der „Gesellschaft zur Hebung des Frauenloses in Rufsland“ haben es sich zur Aufgabe gemacht, Prostituierte nach ihrer Geschichte, ihren Lebensverhältnissen mit warmfühlendem Herzen und in guter Absicht auszuforschen. NÖTZEL baut seine Ausführungen auf diesen Aussagen von 59 Prostituierten aus acht öffentlichen Häusern der russisch-polnischen Gouvernementsstadt Minsk auf. Er sieht die Prostitution rein als Folge anormaler sozialer Verhältnisse an und ist davon überzeugt, dafs private Hilfe keine Heilung des Übels erzielen kann. Trotzdem ist letztere angebracht und jede einzelne Rettung ist Goldes wert. Und Aufgabe der Menschheit sollte es auch sein, die Lage der unglückseligen Prostituierten öffentlich dermafsen zu beleuchten, dafs kein Mann mehr sich dieser Unglücklichen zur Befriedigung seiner Triebe bedienen würde. Vor allem tritt der Verfasser für Abschaffung der öffentlichen Häuser ein, die mit den Rechtsbestimmungen der meisten Kulturstaaten sich nicht vereinigen lassen und zudem ja keinerlei gesundheitliche Bürgschaft bieten. Hierzu kommt, dafs nach statistischen Erhebungen nach Einführung der öffentlichen Häuser die geheime Prostitution nicht abzunehmen, sondern zu wachsen pflegt, weil erstere eben den Hang zu Zügellosigkeit des Geschlechtslebens steigern. Das Alter der Insassinnen der acht Minsker Bordelle schwankte zwischen 21 und 30 Jahren. 50mal waren 21 und 22 Jahre angegeben, doch dürfte die wahre Grenze wohl tiefer liegen; es wird nämlich sicherlich eine Paſsfälschung im grofsen Stile betrieben, da laut Gesetzeserlafs vor einigen Jahren bestimmt wurde, Mädchen unter 21 Jahren dürften nicht mehr in Bordellen gehalten werden. Früher waren daselbst häufig 15jährige Kinder untergebracht. Eine Frage der Enquête lautete: Wo sind die früheren Insassinnen des Bordells geblieben? Die Antwort heifst meistens: verdorben — gestorben. Nach den Berechnungen eines russischen Polizeiarztes überlebt keine Prostituierte die 550fache Ausübung ihres Gewerbes. 39 der Mädchen gehörten dem Kleinbürgerstande an, meist waren dies Jüdinnen. 17 Mädchen gehörten dem Bauernstande an. Von den 59 Mädchen waren 26 Jüdinnen, 17 griechisch-katholischen, 13 römisch-katholischen und 3 lutherischen Bekenntnisses. 51 von den 59 Mädchen waren Analphabeten. Dem früheren Berufe nach waren 17 Dienstboten, 4 Köchinnen, 10 von der Konfektionsbranche, 4 Kellnerinnen, 5 Fabrikarbeiterinnen, 19 Haustöchter. Bei dem angegebenen (angeblichen?) Durchschnittsalter von 21—22 Jahren beschäftigten sich mit dem Prostitutionsgewerbe weniger als 1 Jahr 6 Mädchen, 1 Jahr 3, 2 Jahre 6, 3 Jahre 18, 4 Jahre 10 Mädchen, 5 Jahre 5, 6 Jahre 4, 7 Jahre 3 usw. Nur 23 Mädchen, also $^2/_5$ der Befragten hatten sich schon vor Eintritt ins öffentliche Haus gewerbsmäfsig prostituiert. 36 haben sich zuerst im Bordell der Gewerbsunzucht hingegeben. Diese letzten Mädchen dürften bei Nichtbestehen von öffentlichen Häusern kaum zu Prostituierten geworden sein. „Die Bordelle erleichtern den Übergang zum Laster.“ 41 der Mädchen sind angeblich von selbst hineingegangen, elf wurden durch Kupplerinnen in das Haus gebracht. In drei Fällen riet der Liebhaber zu diesem Schritt. Es waren das ein Offizier, ein Kellner und ein Schlosser. Auf die Frage: „Leiden Sie unter Ihrem Berufe,“ antworteten elf Mädchen glatt mit „Nein“, doch dürften viele dieser Neins die Folge von Alkohol, Stimmung und Trotz gegen die ausfragende Dame sein. In zehn Fällen wurde „Ja“ geantwortet. Neun Antworten lauteten: „Ich weifs nicht.“ Als Ursache zur Prostitution wurde Not in zehn Fällen, Krankheit in zwei Fällen angegeben,

Kindesgeburten in zehn Fällen, Kummer in fünf Fällen. Alle diese Mädchen wären wohl ohne die hier genannten Gründe nicht zur Prostitution gelangt. Von den 59 befragten Prostituierten verloren 16 durch Vergewaltigung ihre Unschuld. Und doch steht in Rufsland auf. dies Vergehen gegenüber Minderjährigen — und die Vergewaltigung geschah vielfach im 12. bis 15. Jahre — Sibirien und Sträflingskompagnie. Das Verbrechen wird nur selten wirklich geahnt. Durchschnittlich fielen die 59 Mädchen im 16. Lebensjahre. (Schlufs folgt.)

2. **Die guten Sitten und der Bordellverkauf**, von Martin Bruck-Berlin. Der Verfasser, welcher in seinen Ausführungen sich immer und immer wieder auf den Standpunkt von den sanitären Vorteilen der Bordelle stellt, weist auf den Widerspruch hin, dafs zwar nach den heute üblichen Rechtsgepflogenheiten der Verkauf eines Bordells als gegen die guten Sitten verstofsend für nichtig erklärt werden kann, dafs aber ein ähnlicher Verkauf eines Hauses in verrufener Gegend, in dem die Unzucht wohl betrieben wird, aber nur heimlich, keinerlei Anfechtung erfahren kann. Nichtig ist unter Umständen nur das obligatorische Geschäft, d. h. ein solches, welches den eine Erklärung Abgebenden gegenüber dem Empfänger dieser Erklärung bindet. „Der eine schuldet, der andere darf fordern, sei es nun ein Tun, Unterlassen oder Dulden, eine Hingabe von Werten oder Abgabe von Willenserklärungen." Ein dingliches Geschäft, das ist ein nicht nur gegenüber einer Person, sondern gegenüber der Sache selber, also gegenüber jedem, der mit der Sache in Beziehungen tritt, wirkt, kann nicht für nichtig erklärt werden.

3. **Onanie in der Schule, deren Folgen und Bekämpfung**, von R. Thomalla-Waldenburg i. Schl. Curschmann und andere beobachteten die Onanie schon bei Kindern von 5—8 Jahren, obwohl sie meist mit der eintretenden Pubertät beginnt. Nach Oppenheim vererbt sich die Anlage zur Onanie. Besonders in Internaten von Schulen ist die Onanie zu Hause. Verfasser berichtet über Fälle von Wettonanieren. In manchen Fällen bleiben auch nach langjährigen Masturbationen schlimme Folgen aus. Meist stellen sie sich aber als Neurasthenie oder entgegen der Ansicht Gyurkovechkys als Impotenz ein. Verfasser berichtet über drei Fälle, in denen er nur durch örtliche Behandlung die schädlichen Folgen der Onanie wieder zu beseitigen vermochte. Fürbringer verwirft übrigens mit anderen Ärzten die lokale Behandlung völlig. Fall I betraf einen 28jährigen verheirateten Kranken, der an starker Prostatorrhoe und Mangel an Erektionen litt. Die Behandlung bestand in Irrigationen mit Argentum nitricum 1:5000 und täglich zweimaliger Prostatamassage. Fall II liegt ganz ähnlich, Fall III betraf einen 16jährigen jungen Mann, der über andauernde nächtliche Pollutionen klagte. — Was die Prophylaxe betrifft, so empfiehlt Thomalla die Teilnahme der Seminaristen an hygienischen Kursen, damit sie als Lehrer an den Schülern zu beobachten vermöchten, ob einer oder der andere dem heimlichen Laster fröhnt. Die Schulärzte müfsten zudem den Schülern entsprechende belehrende Vorträge halten. Arzt und Lehrer müssen hierbei Hand in Hand gehen. Viel Nutzen schafft die körperliche Ausarbeitung — Spiele, Gartenarbeiten usw.

Band V. Heft 3.

Öffentliche Häuser in Rufsland, von Karl Nötzel-Moskau. (Schlufs.) Von den 59 Bordellmädchen wünschten nur neun unbedingt herauszukommen aus dem bisherigen Leben. In drei Fällen wurde den zum Austritt aus den Bordellen geneigten Mädchen von der Wirtin die Aushändigung des Passes verweigert, „ohne den der Mensch in Rufsland rechtlos ist." Zwei Mädchen blieben im öffentlichen Hause ihrer Schulden an die Wirtin wegen. Und dabei besteht ein Gesetz, dafs bei Strafe der Entziehung der Konzession jeder Bordellinhaber das Mädchen, welches das Haus zu verlassen wünscht, augenblicklich entlassen mufs. Die Bordelle stellen Anforderungen

an die Mädchen, zu denen sich eine freilebende Prostituierte wohl nie hergeben wird. Nach der Angabe des Verfassers müssen sich Mädchen, die in die besten öffentlichen Häuser aufgenommen sein wollen (Besuch 5 Rubel gleich 20 Mark), verpflichten, allerlei Perversitäten der Kundschaft sich zu unterziehen. Und es gibt doch auch unter den bescheidenen Prostituierten noch eine gewisse Scham. Auch das Laster hat Abstufungen. Die Verschuldung der Unglücklichen bei ihren Bordellwirtinnen ist teilweise sehr hoch, jedenfalls aber stets überhaupt vorhanden. Schändlich ist das Mifsverhältnis des Gewinnes der Wirte und der Mädchen aus dem Gewerbe. — Im folgenden berichtet der Verfasser über Erfahrungen aus „Öffentlichen Häusern in Moskau". Das Material wurde auf die gleiche Weise wie in Minsk gewonnen, ist aber noch viel reichhaltiger, da 303 Fragebogen ausgestellt worden sind. Jüdinnen fehlten gänzlich unter den 272 über die Konfession befragten. 44 waren römisch-katholisch, 15 lutherisch, 1 Mohammedanerin, 212 orthodox. Die lutherischen und katholischen gehören ohne Ausnahme den besten Bordellen an. Russinnen lassen sich meistens zu den hier verlangten Perversitäten nicht bewegen. Unter 272 waren 154 Analphabetinnen gleich 57 %, 118 konnten lesen und schreiben. Das Durchschnittsalter belief sich auf 23¾ Jahre. Auch hier wiederum kein Mädchen angeblich unter 21 Jahren — sicherlich nicht der Wahrheit entsprechend. Von 266 Befragten lebten 94 früher zu Haus, 67 als Dienstboten, 53 als Näherinnen, 30 als Arbeiterinnen, 12 als Verkäuferinnen, 6 als Modistinnen und 5 als Wäscherinnen. Von 253 Mädchen, die hiernach befragt wurden, verloren ihre Unschuld 1 mit 11 Jahren, 4 mit 12 Jahren, 15 mit 13 Jahren, 29 mit 14 Jahren, 31 mit 15 Jahren, 59 mit 16 Jahren, 37 mit 17 Jahren, 32 mit 18 und 22 mit 19 Jahren, 9 mit 20 Jahren, je 1 mit 22, 23 und 24 Jahren — das ergibt ein Viertel mit Defloration unter 16 Jahren. Bei 272 Befragten stellte sich 35mal Vergewaltigung heraus, in 22 Fällen war ferner das Mädchen zuvor trunken gemacht worden; Verkauf war in 5, Überlistung in 4 Fällen zu verzeichnen; das macht im ganzen 24 % der Mädchen, die zum Geschlechtsverkehr genötigt worden waren. Die Vergewaltigten waren im Durchschnitt etwa über 14 Jahre alt. In 153 Fällen gehörten die Verführer den gebildeten Ständen an. In 42 Fällen verführte der Dienstherr, in 19 Fällen der Sohn des Hauses das Mädchen. Ins Bordell trieb 73 Mädchen die Not (28 %), 63 Mädchen Kummer (24 %), 20 die Geburt eines Kindes (7,6 %), 40 Mädchen Unerfahrenheit, 8 % der Mädchen gaben, ob der Wahrheit gemäfs oder nur infolge eines im Bordell grofsgezogenen zynischen Wesens als Grund des Eintritts in das öffentliche Haus ihre sinnliche Veranlagung an. Zusammenfassend stellt der Verfasser fest, dafs von seinem Material 40 % der Mädchen durch Not, 20 % durch Kummer, 10 % durch Verführung, 5 % infolge Unerfahrenheit und 25 % infolge eigenen freien Willens sich der Prostitution ergeben haben. Aus den gesamten gewonnenen Eindrücken schliefst Nötzel, dafs die Prostitution eine soziale Erscheinung ist, die zwar nicht beseitigt, aber auf das Mindestmafs herabgedrückt zu werden vermag. Dies erfolgt durch Lohnerhöhung sowie durch Hebung und Verbreitung von Bildung. Es sei dafür Sorge zu tragen, dafs sich niemand durch Not gezwungen prostituiere (Arbeitsnachweis, persönliche Teilnahme, Unterstützungskassen, Koalition), dafs der Prostituierten der Rücktritt zum anständigen Leben erleichtert werde (Rettungsausschüsse und Interimshäuser), und dafs die Prostituierte vor Erkrankung und Ausbeutung möglichst geschützt werde. *Hopf-Dresden.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1906. Heft 4.

Beitrag zum Studium der Granulosis rubra nasi, von H. Hallopeau. Die Granulosis rubra nasi ist 1901 zuerst von Jadassohn als Krankheit sui generis erkannt und beschrieben worden. H. berichtet über vier weitere Fälle, die insofern interessant sind, als sie zu dem schon bekannten Bilde der Granulosis zwei neue Symptome hinzufügen: Einmal ist die Krankheit vererblich und zweitens verbindet sie sich häufig mit Asphyxie der Finger, der Ohren usw. — Den Standpunkt Jadassohns, dafs die Granulosis bazillären Ursprungs sei, kann H. nicht teilen, er nimmt für sie vielmehr eine angiomotorische und sekretorische Neurose in Anspruch. Gegen die angioneurotische Rötung der Nase haben sich die von Malherbe empfohlenen linearen Skarifikationen gut bewährt; ob sie auch die Hyperhidrose zu beseitigen imstande sind, mufs die Zukunft zeigen.

Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Quecksilber-Salicyl-Arsenat, von H. Hallopeau. Die Quecksilber-Salicyl-Arsenverbindung ist ein lösliches Salz, das 1904 in die Therapie eingeführt wurde; das Quecksilber ist sechs bis acht Tage nach einer Reihe von Einspritzungen nicht mehr im Harn nachweisbar, die Einspritzungen sind aufserdem ganz schmerzlos. Dafs aber auch dieses Mittel nicht ungefährlich ist, lehrt der von H. mitgeteilte Fall. Die 42jährige Patientin geht nach 15 Einspritzungen unter den Erscheinungen der Quecksilbervergiftung: Hautausschlag, Stomatitis, Durchfälle, zu Grunde.

Bei der Autopsie findet sich oberhalb der Ileocoecalklappe ein gröfseres Geschwür. Es wurden nun verschiedene Teile der Leiche, Hautschuppen, Stückchen aus der Glutaealmuskulatur und aus dem Darm einer gründlichen chemischen Untersuchung unterzogen. Die Untersuchung wurde von Bucaille vorgenommen, der das dabei angewandte Verfahren genau beschreibt. Er fand nun in allen Teilen beträchtliche Mengen von Quecksilber, und H. folgert aus diesem Befund, dafs sich das Quecksilber im Organismus aus seiner löslichen Verbindung abgeschieden hatte, als unlösliches Metall im Gewebe lagerte und hier allmählich resorbiert wurde und zu den schweren Vergiftungserscheinungen und dem Tod Anlafs gab. Durch dieses Freiwerden des Hg. erklärt sich sein rasches Verschwinden aus dem Harn nach der Einspritzung. — Der Fall mahnt also zur Vorsicht, er lehrt, dafs auch die löslichen Hg.-Verbindungen unter Umständen gefährliche Zwischenfälle herbeiführen können; man solle daher bei den geringsten Vergiftungserscheinungen mit den Einspritzungen aussetzen.

Die Behandlung der Goutte militaire mittels des Dynamoinjektors, von G. Filaretopoulo-Athen. Die schwere Heilbarkeit der chronischen Blennorrhoe, sagt F., hat zwei Ursachen, die Entzündung der vielen kleinen Drüsen und die Verengerung des Bulbus urethrae. Dieser mufs mechanisch erweitert, jene müssen massiert werden. Beides erreicht F. durch seinen Dynamoinjektor. Dieser besteht aus einer der Länge nach geteilten, leicht gekrümmten Metallsonde für die Urethra; die eine Hälfte ist massiv, die andere ausgehöhlt und an ihrem untern Ende mit vier kleinen Öffnungen versehen. Beide Teile sind am Kopfende verbunden; durch eine hier angebrachte Schraube können ihre Blasenenden leicht von einander entfernt werden. Gleichfalls kann von hier aus der bereits eingeführte Dynamoinjektor mit einer astringierenden oder desinfizierenden Lanolinsalbe geladen werden. Die Salbe tritt aus den vier kleinen Öffnungen aus und kommt in innige Berührung mit der Urethra, woselbst sie nach Fs. Beobachtungen tagelang verweilt. Er ist mit den Erfolgen dieses Instruments sehr zufrieden. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Über Lepra und Fischnahrung; eine Feststellung von Tatsachen und Erklärungen hierzu von Jonathan Hutchinson. (Archibald Constable & Co., London. 1906.) Der unermüdliche Vorkämpfer für die „Fischtheorie" der Lepra bringt hier ein umfangreiches, über 400 Seiten starkes Werk, in welchem eine grofse Reihe statistisch-geographischer Daten gesammelt sind, die seine Theorie erläutern und bekräftigen sollen. In den zwei ersten Kapiteln sind Angaben verschiedener Autoren aus einer grofsen Anzahl von Ländern enthalten, welche Übereinstimmung mit H.s Theorie zeigen, und sodann die Hauptsymptome der Lepra beschrieben. Was nun die Natur der Lepra betrifft (III. Kapitel), so kann H. wohl mit Recht Einfluſs von Klima oder Lebensweise, Unsauberkeit oder Eigentümlichkeit irgend einer Race völlig ausschlieſsen, da sie in allen Ländern und bei allen Racen in der gleichen Weise vorkommt, und kommt dann zu dem Wahrscheinlichkeitsschlusse, daſs irgend ein weit verbreitetes Nahrungsmittel die Spontanentstehung der Lepra bewirken müsse. Mit der Entwicklung von Ackerbau und Gartenkunst weicht die Krankheit allerwärts zurück, auch ist die Tatsache feststehend, daſs Lepra an der See und in Fischergegenden, wo es an Rindern oft fehlt, besonders vorherrscht und Berge und Ebenen, wo es zahlreiches Vieh gibt, meidet. „Die Verbreitung der Lepra über die ganze Welt beweist, daſs sie nicht allein auf Ansteckung beruht, sondern auch auf selbstständigen Ursprung und daſs die Unregelmäſsigkeit ihrer Verteilung durch irgend ein Nahrungsmittel, welches in manchen Ländern in Gebrauch ist, in anderen aber nicht, verursacht ist." Wahrscheinlich ist dies nicht irgend eine spezielle Art von Fischen, sondern der Leprabazillus wird in seiner Entwicklung befördert durch jede Art von Fischen, welche ungenügend getrocknet, eingesalzen oder geräuchert sind, lange aufbewahrt und dann ungekocht gegessen werden. Die isoliert vorkommenden Fälle, deren aus allen Ländern berichtet wird und zwar bei Leuten, welche keinerlei Disposition ererbt haben konnten oder einer Ansteckung ausgesetzt waren, bilden einen offenkundigen Beweis für diese Fischtheorie. In derselben liegt auch der Grund, warum in manchen Gegenden, wo eben mit zunehmender Kultur mehr Gemüse, Rindfleisch usw. gegessen wird, die Lepra abgenommen hat, und in anderen, wie in Norwegen, Island, Spanien, Kreta, wo die Lepra seit Jahrhunderten einheimisch und die Art der Ernährung die gleiche geblieben ist, die Lepra an Intensität sich wenig verändert hat. In einem der weiteren Kapitel führt H. aus, daſs Lepra für gewöhnlich eine ansteckende Krankheit nicht sein kann, denn in tausenden von Fällen hätten Eheleute, von welchen nur der eine Teil leprös war, zusammengelebt, ohne daſs der andere von der Krankheit ergriffen worden wäre; auch würde eine kontagiöse Krankheit niemals aus einem Gemeinwesen aussterben, ausgenommen bei strengster Isolierung, welche aber praktisch unausführbar sei. Den bekannten Fall des Paters Damian, der (auf den Sandwich-Inseln) Leprakranke pflegend, selbst die Krankheit akquirierte, ist nach H. leicht mit der Art der Ernährung zu erklären. Auch experimentelle Übertragung ist in ganz einwandfreier Weise niemals gelungen. Ein eigenes Kapitel behandelt die Lepra in der Bibel und H. glaubt, daſs alle Formen chronischer Hautkrankheiten unter diesem Namen einbegriffen waren. Die bemerkenswerte Tatsache, daſs es beinahe überall in der Welt mehr männliche wie weibliche Leprakranke gibt, nützt H. ebenfalls für seine Theorie aus, da die

Weiber für gewöhnlich viel heikler seien wie die Männer, und daher also auch für die Fischnahrung mit ihrem besonderen Geschmacke weniger Neigung hätten. In ganz besonders eingehender Weise wird der Verbreitung der Lepra in der Kapkolonie und in Südafrika gedacht und konstatiert, dafs sie sich in Verbindung mit der europäischen Einwanderung dort entwickelte und besonders den „viel Fisch essenden" Holländern zu danken sei; das langsame Fortschreiten der Lepra von dem Zentrum Kapstadt aus auch unter der übrigen Bevölkerung hänge mit Änderungen in den Gewohnheiten derselben, die wahrscheinlich diätetischer Natur seien, zusammen. Nach den Untersuchungen, welche H. besonders in indischen Lepraasylen anstellte, hält er hereditäre Übertragung der Lepra für sehr selten, deren Möglichkeit und Vorkommen jedoch nicht für ausgeschlossen. Zivilisation als solche wirkt nicht notwendigerweise begünstigend auf die Ausbreitung der Lepra ein; die Einführung geräucherter Fischnahrung kann zu ihrer Vermehrung beitragen, und zwar durch die besseren Verbindungen (durch gute Strafsen und Eisenbahnen) in erhöhtem Mafse, andrerseits aber kann Verbesserung des Bodenbaues und Versorgung mit gutem Salz, wodurch die Fischkonservierung eine bessere wird, die Lepraausbreitung vermindern oder die Krankheit völlig vertilgen. Doch auch ungeräucherte Fische, in beginnender Zersetzung genossen, können, wie H. in seinen Allgemeinschlüssen hervorhebt, gelegentlich einen Stoff enthalten, welcher von Wirksamkeit bei der Entstehung der Lepra ist. Ob dieser Stoff der Bazillus selbst oder irgend ein Toxin ist, welches den in des Patienten Geweben schon vorhandenen Tuberkelbazillus anregt oder differenziert — H. hält den Leprabazillus für nahe verwandt mit dem Tuberkelbazillus — vermag er nicht zu entscheiden. Isolierung hält Verfasser entsprechend seiner Theorie und auch nach den Erfahrungen, wie sie die Asyle des Mittelalters lehren, für ein wenig geeignetes Mittel zur Bekämpfung der Lepra, für das Wesentliche in deren Behandlung gemischte, gute Kost, mit etwas Bier oder Wein zu den Mahlzeiten, und völlige Enthaltung von Fischnahrung, als Medikamente tonische Mittel und so viel Chaulmoograöl, als der Patient verdauen kann. Beinahe die ganze zweite Hälfte des Buches umfassen die eingehenden statistischen Untersuchungen, welche Verfasser sowohl selbst gesammelt, wie von Autoren aus allen in Betracht kommenden zahlreichen Ländern entnommen hat und welche natürlich zu Gunsten seiner Theorie verwertet und ausgelegt sind. Bei der Lektüre des mit so grofsem Fleifs und Eifer geschriebenen Buches drängt sich aber immer wieder die Ansicht auf: mit der Statistik läfst sich alles und nichts beweisen, an Entgegnungen wird es demselben daher nicht fehlen. *Stern-München.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mračeк. 17. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1906.) Das vorliegende Heft umfafst die Fortsetzung der Jadassohnschen Arbeit über die Tuberkulose der Haut. Es ist unmöglich, auf alle klinischen Varietäten dieses Kapitels und auf die histologischen Befunde einzugehen. Nur ein Kapitel sei herausgegriffen. Eine Form, deren Zugehörigkeit zum Lupus stark bestritten, zur Tuberkulose selber aber immer mehr zugegeben wird, ist der Lupus Pernio. Er stellt blaurote bis blaue, nicht scharf von der Umgebung abgegrenzte Verfärbungen der Haut dar, in deren Bereich knotige oder flache Bildungen sich fühlbar machen, welche in den tieferen Cutislagen ihren Sitz haben. Diese Infiltrate reichen oft bis unter die Epidermis heran. Bei längerer Dauer der Affektion ziehen sich meist Telangiektasien darüber hin. Es besteht nur eine geringe Neigung zu Geschwürsbildung, doch ist sie ebenso wie Pustel- und Borkenbildung nicht ausgeschlossen. Der ganze Prozefs kann sich von allein zurückbilden. Auch Narben kommen auf Grund von Traumen zustande. Andrerseits vermögen auf der Oberfläche des Prozesses oder in seiner nächsten Nähe typische Lupusefflorescenzen

sich einzustellen. Lokalisiert ist der Lupus pernio vornehmlich im Gesicht, an Nase, Ohren, Wangen, ferner an Händen, Füßen, Armen und Gesäß. Falls die Nase ergriffen ist, kann auch die Schleimhaut des Gaumens oder der Wangen affiziert werden. Kompliziert ist der Prozeß meist neben Tuberkuliden oder anderen tuberkulösen Erscheinungen mit chronischen Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen. Charakteristisch ist unter diesen die symmetrische fungöse Synovitis an den Fingern (Besnier). Noch häufiger kompliziert sich der Lupus pernio mit Knochenveränderungen an den Händen. Der Verlauf des Lupus pernio ist sehr chronisch. Im Sommer erfolgt oft Rückgang, im Winter Steigerung der Symptome. Das Leiden kommt häufiger als der Lupus vulgaris in höherem Alter vor. Prädisponierend scheint periphere Asphyxie zu wirken. Kreibich hält in einer neuerdings erschienenen Arbeit den tuberkulösen Charakter des Lupus pernio für noch unbewiesen. Tuberkulin hat bei seinen Fällen keinerlei Reaktion hervorgerufen. Von weiteren Varietäten des Lupus behandelt Jadassohn noch den Lupus vulgaris erythematoides (Leloir) und erwähnt kurz den Lupus angiomateux (Besnier), den Lupus telangiectodes disseminatus (Majocchi), ferner die von Leloir beschriebenen kolloiden und myxomatösen Formen. Andere weniger bekannte Lupusaffektionen haben entweder mit diesem gar nichts zu tun (Naevuslupus Hutchinson), oder sind bis jetzt nicht genügend scharf charakterisiert, um als eigene Varietäten angesehen werden zu können (z. B. Lupus congestifs du bout du nez Brocq). *Hopf-Dresden.*

Rétif de la Bretonne. Der Mensch, der Schriftsteller, der Reformator, von Eugen Dühren. (Max Harrwitz, Berlin 1906.) Es würde über den Rahmen eines Berichts für diese Zeitschrift hinausgehen, wollte man dem interessanten Leben Rétifs de la Bretonne in seinen Einzelheiten nachgehen. Es sei deshalb nur so viel aus demselben wiedergegeben, als die Leser der *Monatshefte* interessieren dürfte. Rétifs ganzes Sein schwankte zwischen Arbeit und Liebe. Letztere galt aber nicht einer Frau, sondern den Frauen überhaupt, die er über die Männer stellt. Nur im Wechsel der Frau fand sein überaus zeitig entwickelter Geschlechtstrieb Befriedigung. Letztere selbst löste sich in einem außergewöhnlichen Orgasmus auf, dem „Ohnmacht und Bewußtlosigkeit" folgten — es zeigten sich also neuropathische Symptome. Dabei war Rétifs Liebe nie eine nur sinnliche; er bewahrte jeder geliebten Frau eine heilige Erinnerung, ob sie nun eine niedrige oder höchstgestellte Person war. „Rétif ist ein besonders klassisches Beispiel für die Verbindung wilder, sexueller Triebe mit einem das Weib idealisierenden und in die Höhen eines sublimen Platonismus entrückenden Phantasieleben." Die Ars amandi Rétifs war eine ausgewählte und vielseitige. Ihre Einzelheiten können übergangen werden. Über seine Liebschaften legte er sich einen besonderen Kalender an, der 60 Jahre umfaßt. Er hatte mehr als 366 Frauen zu feiern, Proletarierinnen wie Aristokratinnen. Rétif war ein ausgesprochener Fuß- und Schuhfetischist. Man könnte ruhig analog den Ausdrücken Sadismus und Masochismus hierfür die Bezeichnung Rétifismus prägen. Auch andere perverse Erscheinungen wie Incestphantasien und exhibitionistische Neigungen hingen ihm an. Das kommt auch in Rétifs Schriftwerken zur Erscheinung. Das hauptsächlichste derselben, das gegen des Marquis de Sade Justine gerichtet ist, nennt sich Anti-Justine. Es enthält cynische dramatisierte Erlebnisse aus des Verfassers eignem Leben. Gegenüber Sades Sexualtheorie stellt Rétif seine eigene auf, welche weniger Grausamkeit, dafür aber mehr Obscönitäten predigt. Von Interesse dürfte noch Rétifs Stellung zur Frauenfrage und Prostitution sein. Die Erziehung der Mädchen soll nicht in Anstalten und Pensionen, sondern ganz individuell erfolgen. Wollüstige Mädchen seien Bordellen zu überweisen. Verführte Mädchen dagegen sollen am Vermögen des Verführers schadlos gehalten werden.

Auch das Ansprechen von Mädchen auf der Strafse will Rétif mit Strafe bedroht sehen. Viermal im Jahre soll ein Tag für die Hochzeiten stattfinden, der ein nationaler Festtag sein müsse. Die Frau unterstellt R. völlig dem Mann, ihren Ehebruch bestrafe man mit Prügeln und Abschneiden des Haares. Was die Prostitution betrifft, so ist Rétif ein Anhänger der Bordelle. 1784 zählte man nach Elie Harel in Paris 60000 öffentliche und 10000 heimliche Prostituierte. Eine Regelung des Prostitutionswesens war also wohl von nöten. Rétif will nun dasselbe völlig vom Staate gehandhabt wissen. Die Prostitution begünstige am meisten die Verbreitung der Syphilis. Man sperre also alle Dirnen in Bordelle und beaufsichtige ihren Gesundheitszustand. Die Prostitution sei bei der polygynen Anlage des Mannes etwas Notwendiges. So schlägt Rétif im Ernste vor, jeder Mann solle zwei Frauen nehmen und für die Ehefrauen lange auf Reisen abwesender Männer sollten eheliche Stellvertreter ernannt werden, von denen je zwei Sprößlinge, mit den Ehefrauen gezeugt, für legitim gelten müßten. Eine Ursache der Hinneigung der Männerwelt zur Prostitution sieht R. in der Ars amandi der Dirnen. Man solle, um die Ausbreitung der Prostitution zu hindern, den ehrbaren Mädchen Unterricht in den Feinheiten dieser Ars amandi geben. Die öffentlichen Häuser, Parthenions genannt, sollen unter staatliche Verwaltung gestellt werden. Die erfahrensten Insassinnen haben ihre Kolleginnen und die männlichen Besucher auf geschlechtliche Erkrankungen zu untersuchen.

Hopf-Dresden.

Die in der Bindehaut durch Entzündung hervorgerufenen Veränderungen (Hunterische Vorlesungen 1905), von M. S. Mayou-London. (John Bale, Sons & Danielsson, London 1905.) Die vorliegende Monographie über die durch Entzündung der Conjunctiva erzeugten Veränderungen bildet einen Teil der mit dem Jacksonschen Preis ausgezeichneten Preisarbeit des Verfassers. Das Buch bringt eine Reihe ausgezeichneter Abbildungen, schwarzer wie bunter, von histologischen Bildern. Im übrigen bezieht sich der Verfasser auf 300 Originalschnitte und 150 Originalzeichnungen, die zu oben erwähnter Arbeit gehören und sich im Königlichen Ärztekollegium zu London befinden. Der Inhalt der Vorlesungen dürfte mehr die Augenärzte interessieren, sie seien hiermit auf die Vorlesungen und deren Schlufsfolgerungen verwiesen.

Hopf-Dresden.

Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. I. Das gleichgeschlechtliche Leben der Kulturvölker. — Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten: Chinesen, Japaner, Koreer, von F. Karsch-Haack-Berlin. (Verlag von Seitz & Schauer, München 1906.) „Der Leitgedanke des Buches ist", wie der Verfasser selber in der Einleitung sagt, „dafs Päderastie und Tribadie als Wirkungen des Geschlechtstriebes nicht „Laster", sondern immer und überall vorkommende Erscheinungen sind, die weder Geringschätzung, noch verachtungsvolles Totschweigen, noch brutale Verfolgung durch ein freiheitsfeindliches Gesetz verdienen." Im chinesischen Reiche ist die Päderastie weitverbreitet und wird besonders durch die Bonzen betrieben. 1668 lebten nach einer Zählung deren 16628 in Peking und 350000 im ganzen Reiche. Verheiratete Bonzen gab es nur 5023. Die wahre Zahl der demnach überwiegend unverheirateten Bonzen soll damals über zwei Millionen betragen haben. Wahrscheinlich sind alle Gesellschaftsklassen von der Homosexualität gleichmäfsig durchsetzt gewesen. Auch Kaiser mit gleichgeschlechtlichen Neigungen zählt die Geschichte viele auf. Die Pfeifenträger der Mandarinen sind Lustknaben. Die Schicht dieser mann-männlichen Liebesdiener zerfällt in zwei Sorten, in eine Gewerbsprostitution und eine Gelegenheitsprostitution. Erstere rekrutiert sich aus geraubten Knaben. Dieser Raub, der übrigens ebenso für die Mädchen gilt, wird in China von besonderen Leuten im grofsen betrieben. Die vier- bis fünfjährigen Jungen werden an öffentliche

Häuser verkauft und körperlich wie geistig für die Päderastie dressiert. Das Gesäfs wird systematisch massiert, der M. sphincter deni erweitert. (Häufig sind die extragenitalen Syphilisinfektionen bei solchen Kindern, wie es Kerr besonders für Kanton hervorhebt.) In der Blütezeit nehmen diese Buhler, Sian-Kön genannt, eine bevorzugte Stellung ein und leben, ausgehalten von reichen Liebhabern, im gröfsten Luxus. Sie bilden die Elite der männlichen Prostituierten. Abgesehen von ihnen gibt es unzählige Buhlknaben, die sogar in Petschili neben Buhldirnen in den öffentlichen Bordellen untergebracht sind. Auch Winkelhäuser, Barbierstuben, Theater dienen der homosexuellen Prostitution. Die Gasthäuser halten sich Knaben für ihre Gäste. Das Theater ist der Mittelpunkt des homosexuellen Lebens in China. Die freie Prostitution geht herab bis auf Strafsenjungen und Bettler. In den einzelnen Provinzen Chinas sind die Verhältnisse wiederum etwas anders. Das männliche Buhlwesen steht zwar nach dem Gesetz unter Strafe, bleibt aber ebenso wie das weibliche in Wirklichkeit straffrei. Sutschau oder Su-chou-fu, die berühmte Seidenstadt, scheint das Zentrum des Päderastentums gewesen zu sein. Ein chinesisches Sprichwort sagt: „Oben ist das Paradies, hier unten aber ist Sutschau." Der Preis in den Knabenbordellen schwankt zwischen 4 Mark und 1 Mark. Der jetzige chinesische Herrscher soll eine Truppe amtlicher Beischläfer haben, doch sind die Quellen nicht ganz sicher dafür. 1860 zählte ein europäischer Arzt allein in Tientsin 85 Knabenbordelle mit 38 Buhljungen. Diese Einrichtungen der Homosexualität finden sich überall dort, wo Chinesen in kompakter Masse im Ausland leben, wie z. B. in Kalifornien, in San Francisco. Der Verfasser schliefst aus der Thatsache, dafs trotz des uralten Bestehens der Päderastie das chinesische Reich sich keineswegs in Verfall befindet — denn sein Wachstum dauere an —, dafs die Päderastie keineswegs ein Volk zu zerrütten vermöge. Die 432 Millionen der Jetztzeit sprächen dagegen. Auch das Bestehen der Päderastie bei dem in kulturellem Aufschwunge sondergleichen befindlichen Volke der Japaner erhärtet nach Auffassung des Verfassers diese Schlufsfolgerungen. Vor allem nimmt der Verfasser die Japaner gegen den Vorwurf der Unzucht, Schamlosigkeit und Ausschweifung in Schutz. Dem Volke wohnt nur eine natürliche, auf überschäumender Lebenskraft beruhende gesunde Sinnlichkeit inne, obwohl der Japaner sonst ernst veranlagt ist. Diese geschlechtliche Sinnlichkeit trete nur unverhüllt auf, was von dem heuchlerisch erzogenen Europäer als Schamlosigkeit aufgefafst werde. Die Grenze zwischen Ehe und Prostitution ist in Japan eine lose. Die Ehe wird als ein Geschäft betrachtet. Die Prostitution hat nichts Schändendes an sich. Die Lusthäuser, Yoshiwara, sind von erlesenem Luxus und oft an Tempel angebaut. Die bestbeleumundeten Leute lassen sich in den Bezirken der Freudenhäuser sehen, ohne dafs sie es peinlich empfänden, da es sich ja um Staatseinrichtungen handelt. Die ärmeren Japaner wählen aus den früheren Freudenmädchen ihre Ehefrauen und letztere werden treffliche Gattinnen und Mütter. Gegenüber den Ausführungen des Verfassers, dafs Regierung und Volk bei dieser Sachlage sehr gut fahren, sei das Zugeständnis hervorgehoben, dafs die Ausbreitung der Syphilis eine Schattenseite der Einrichtung darstelle. Im Prostituiertenviertel Tokios, das nur durch ein einziges Tor zugänglich ist, liegen an den Hauptstrafsen die Teehäuser. In diesen leben die zu „ehrbarem" Benehmen verpflichteten Geishas. In ihren Salons führt ein Polizeibeamter die Aufsicht. Ein amtlich gestempeltes Beschwerdebuch liegt aus. Die Einkünfte fliefsen in den Staatsschatz. Auch Knabenbordelle wie die übrigen Äufserungen der Homosexualität waren in Japan verbreitet. Sie standen früher auch unter Polizeiaufsichtigung. Erreichten diese Buhljungen ein höheres Alter, so wurden sie meist an die Theater, diese auch in Japan als Zentren des gleichgeschlechtlichen Verkehrs anzusehenden Unzuchtsstätten, abgegeben. Das 19. Jahrhundert veränderte diese Verhältnisse nur zum Teil,

insofern als es die staatliche Billigung der Homosexualität abschaffte. Im Jahre 1840 wurden die Knabenbordelle zum Teil verboten, 1868 völlig aufgehoben. Heutzutage soll nach Angabe des Verfassers der mann-männliche Verkehr in den Kasernen, unter Studenten und Schülern stark bestehen und dies „die natürliche Folge der Beseitigung der Teehäuser für männliche Geishas und der Knabenbordelle" sein. Im geheimen sollen übrigens letztere noch bestehen. Die Koreer bieten bezüglich der Ausbreitung des homosexuellen Verkehrs keine so ausgeprägten Verhältnisse. Die Einwohner Koreas schliefsen sehr zeitig die Ehe, die Knaben im 14. bis 12. Lebensjahre. Dies arbeitet der Homosexualität entgegen. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei acquirierter und kongenitaler Syphilis, von DE SOUZAJUN und F. GILBERTO PEREIRA-Oporto. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Verfasser untersuchten Primäraffekte, Genitalpapeln, Saft syphilitischer Lymphdrüsen, Blut und innere Organe eines drei Tage nach der Geburt verstorbenen kongenital syphilitischen Kindes und fanden fast immer Spirochaeta pallida. Bei Fall 10, dem geschilderten Kinde, fanden sie Spirochaeta pallida in der Pemphigusflüssigkeit, in der Leber, Niere, Milz, Lunge, Blut. Von der Leber wurden auch frische Präparate untersucht und im hängenden Tropfen die charakteristischen Bewegungen der Spirochaeta pallida beobachtet. Züchtungsversuche im menschlichen Blute hatten keinen Erfolg. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Spirochaeta pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria, von A. BRÖNNUM und V. ELLERMANN - Kopenhagen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Bei einem an hereditärer Lues verstorbenen Kinde fand sich die Spirochaeta pallida in der Leber in zahlreichen Exemplaren, sonst nur noch in der Milz eine einzige. Die Sektion einer totgeborenen syphilitischen Frucht ergab das Vorhandensein der Spirochaeta pallida nur in der Milz, hier aber in reicher Anzahl.

A. Loewald-Kolmar.

Noch einiges über die Spirochaeta pallida, von FRANZ WEITLAUER - Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) W. gibt ein mikroskopisches Lokalisierungsverfahren an, um Spirochäten, wenn sie, was ja häufig vorkommt, nur vereinzelt in Präparaten zu finden sind, jederzeit wiederzufinden. Es würde zu weit führen, dies Verfahren genau zu schildern; Interessenten seien auf das Original verwiesen. Seine Untersuchungsresultate — er selbst kann sich vorläufig noch nicht definitiv für die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida entschliefsen — fafst er am Ende der Arbeit dahin zusammen:

1. Die Spirochaeta pallida färbt sich auch mit der gewöhnlichsten Laboratoriumsfarbe, dem LÖFFLERschen Methylenblau. Die Färbung nahm W. in der Weise vor, dafs er das in Ätheralkohol oder über der Flamme fixierte Deckgläschenpräparat mit dem Objektteile nach unten auf das in einem Uhrschälchen befindliche LÖFFLERsche Methylenblau legte, so dafs das Deckgläschen auf der Farblösung schwamm; er erhitzte nun über der Spiritusflamme bis zum Aufsteigen deutlicher Dampfwölkchen und liefs

das Präparat vier Stunden stehen. Darauf wurde das Präparat der Farbe entnommen, nicht abgewaschen, sondern mit einem POLLITZERschen Ballon aus 1 cm Entfernung die anhaltende, flüssige Farbe gut abgeblasen und nach Abtrocknung eingebettet. Um eine intensive Färbung zu erhalten, kann man das Präparat 12 Stunden in dem Methylenblau lassen oder auch die Farbe konzentrierter nehmen; auch kann man, um das Objekt, das gut fixiert sein muſs, kräftig mit Farbe zu imprägnieren, das Deckgläschen in einem Fläschchen mit Farblösung — je länger, desto besser — umschütteln und schwenken.

2. Die Spirochaeta pallida wurde von W. in drei weit auseinanderliegenden syphilitischen Effloreszenzen an einem und demselben Individuum gefunden.

3. An den Methylenblaupräparaten fand sich keine Ursache, die Spirochaeta pallida für einen intracellulären Parasiten zu halten.

Ferner hebt W. noch hervor, daſs man die Spirochaeta pallida auch sehr gut mit gewöhnlichen Immersionssystemen sehen und finden kann, und durchaus nicht Apochromatsysteme vorhanden sein müssen. (Referent kann aus eigener Erfahrung dem Herrn Verfasser in diesem Punkte nur beistimmen, denn er fand mit HARTNACK Okular Nr. 2 und Ölimmersion 1/12 die Spirochaeta pallida bei einiger Übung leicht und bekam unter dieser Vergröſserung bei gutem Licht ganz klare und deutliche Bilder von Präparaten mit GIEMSA-Färbung. D. Ref.) *Putzler-Danzig.*

Spirochätenbefunde bei Syphilis, von M. v. CSIKY-KOLOZSVÁR. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Nr. 45.) In sieben Fällen (Sklerose 1, nässende Papeln 3, papulöses Exanthem 3) wurde Exzision vorgenommen, der Gewebssaft auf Deckgläschen ausgedrückt und in üblicher Weise untersucht. In allen Fällen sind Spirochäten gefunden worden.

Über Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten, von MORITZ OPPENHEIM und OTTO SACHS-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) Sklerosen, nässende Papeln, krustöse Papeln, Pusteln, exulcerierte Gummen, Pemphigus neonatorum syphiliticus wurden untersucht und zeigten nicht immer Spirillen; Blut, makulöse und papulöse Exantheme zeigten niemals Spirillen, von 5 extragenitalen Sklerosen ergaben 4 und von 17 genitalen Sklerosen ergaben nur 13 ein positives Resultat von allerdings typischer Spirochaeta pallida, aber bei den nässenden Papeln waren sehr oft Übergänge zum mindesten schwankender Formen zu finden.

Bei nicht syphilitischen Krankheitsprodukten, wie im Sekrete von Balanitiden, Ulcera venerea, in der Mundhöhle, der Condylomata acuminata und vom Ulcus gangraenosum fanden die Verfasser zahlreiche Spirochäten von wechselnder Länge, Wellenhöhe, Dicke und Regelmäſsigkeit der Wellen und verschiedener Färbbarkeit, so daſs manche von ihnen nur sehr schwer von Spirochaeta pallida zu differenzieren waren.

Aus diesen Befunden können O. und S. sich nicht mit Sicherheit dahin aussprechen, daſs die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis sei; „die Möglichkeit ihrer ätiologischen Bedeutung muſs jedoch zugegeben werden."

Arthur Rahn-Berlin.

Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei Syphilis, von ROSCHER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 44-46.) Verfasser untersuchte an LESSERS Klinik eine Anzahl von Fällen von frischer Syphilis, frühen Syphilisrezidiven, späteren Syphilisrückfällen und eine Anzahl nicht syphilitischer zur Kontrolle; er beschreibt diese 100 Fälle ausführlich. Es handelt sich um 92 unbehandelte und 8 Rezidive im ersten Jahre der Infektion. Bei 96 davon fand er Spirochaeta pallida, viermal war das Ergebnis negativ. Im ganzen fand er in 206 syphilitischen Krank-

heitsprodukten 184 mal Spirochaeta pallida. Bei 14 Fällen später Syphilisrezidive ist nur dreimal der Nachweis der Spirochaeta pallida gelungen, bei typischen tertiären Prozessen fand R. nie den Syphiliserreger. Die 24 Kontrollversuche an nicht Syphilitischen zeigten nie die Spirochäten. Verfasser kommt daher zu dem Resultate:

1. Die Spirochaeta pallida wird in frischen Fällen von Syphilis bezw. in den erfahrungsgemäfs ansteckenden Produkten der Frühperiode dieser Krankheit so gut wie konstant gefunden, während sie bei anderen Erkrankungen bisher stets vermifst worden ist.

2. Wurde bei klinisch noch unsicheren Diagnosen die Spirochaeta pallida gefunden, so traten im weiteren Verlaufe stets unzweifelhafte Erscheinungen von sekundärer Syphilis auf. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Spirochaeta pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken, von Erich Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.) H. ist der Nachweis der Spirochaeta pallida in einem eben entstehenden Initialaffekt eines Macacus Rhesus gelungen, welcher mit dem Blute eines vor wenigstens sechs Monaten mit Syphilis infizierten, noch unbehandelten Mannes geimpft worden war.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den Bau der Spirochaeta pallida, von K. Herxheimer- und Löser-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.) In einer früheren Mitteilung hat Herxheimer darauf hingewiesen, dafs in der Pallida sowohl im Leib wie endständig Körperchen vorkommen, und dafs auch in der Nähe des Flagellaten vielfach Körper zu finden sind, die mit ihm in Beziehung stehen, ohne irgendwelche Berührung mit ihm zu haben. Die damals mitgeteilten Befunde über die eingelagerten Körperchen wurden durch weitere Untersuchungen, zu denen die Verfasser sich hauptsächlich der Gentianaviolettfärbung bedienten, bestätigt: eingelagerte Körperchen finden sich sehr häufig, sie liegen innerhalb der doppelten Kontur und müssen vorläufig wenigstens als Kerne und Blepharoblasten gedeutet werden. Von der Anschauung, dafs die endständigen Körperchen Zentrosome seien, ist H. abgekommen; wenigstens die gröfseren unter ihnen scheinen trotz ihrer Häufigkeit nur vorgetäuscht zu werden durch eine Schleife, die vom Spirochätenleib am Ende gebildet wird. Die kleinen endständigen Körperchen haben grofse Ähnlichkeit mit den freiliegenden Körpern; diese lassen sich deutlich in Kern, Protoplasma und Membran differenzieren, stellen also Einzelzellen dar, über deren Wesen aber noch nichts bekannt ist. In den äufseren Formen der Pallida ist den Verfassern die grofse Differenz in der Zahl der Windungen aufgefallen; neben Formen mit 2—4 Windungen kamen andere mit 20—24 Windungen zur Beobachtung. Die Regelmäfsigkeit der Windungen kann anscheinend durch äufsere Einflüsse ziemlich leicht gestört werden; es finden sich Formen, bei denen sich an typische Windungen flachere, fast gerade Strecken anschliefsen. Solche Verzerrungen können durch angelagerte Blutkörperchen, sicher aber auch mechanisch bei der Herstellung der Präparate verursacht werden. Eine undulierende Membran konnten die Verfasser bisher noch nicht feststellen, dagegen haben sie wieder reichlich Längsteilungen beobachtet. Auf den von der Firma Leitz hergestellten Mikrophotogrammen gelang es zuerst, Geifseln bei der Pallida nachzuweisen. Sie stellen unmefsbar dünne Gebilde dar, gewöhnlich von der Länge einer halben Spirochäte, und haben ihren Sitz an beiden Polen; in einzelnen Fällen gehen von einem Pol zwei Geifseln ab, während der andere Pol nur eine aufweist. Geifselfärbungen führten zu keinem Resultat, dagegen sind die Geifseln in den mit gesättigtem Gentianaviolett oder nach Giemsa gefärbten Präparaten bei starker Vergröfserung für ein geübtes Auge sichtbar.

Götz-München.

Untersuchungen über die Spirochaeta pallida SCHAUDINN, von B. LIPSCHÜTZ-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.) In 38 von 49 Syphilisfällen gelang dem Verfasser der Nachweis der Spirochaeta pallida. Die positiven Fälle betrafen Fälle von primärer und sekundärer Lues verschiedener Form; negativ war der Befund in den drei Fällen von tertiärer Lues, bei einer Oberlippensklerose, in sechs von sieben untersuchten Fällen von Leistendrüsenanschwellung bei zweifellos feststehender Diagnose und in einigen Fällen von makulöser, papulöser und pustulöser Lues. — Bei einer Anzahl anderer Affektionen wurde die Spirochaeta pallida nie gefunden. Nach den Beobachtungen des Verfassers scheint das extracelluläre Vorkommen der Spirochaeta die Regel zu bilden; innerhalb von Zellen hat er sie nie gesehen. Das Alter der Syphilis, und wiederholt, selbst vor kurzer Zeit vorgenommene energische Quecksilberbehandlungen haben auf den Nachweis der Spirochaeta keinen deutlichen Einfluſs. Daſs die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist, hält Verfasser für sehr wahrscheinlich, er meint aber, bei weiteren Untersuchungen müſste auch dem Cytorrhyktes luis SIEGEL mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, da zwischen beiden Wechselbeziehungen bestehen könnten. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Spirochaeta pallida bei Syphilis, von ANTONIO FANONI. (*New York med. Journ.* 4. Nov. 1905.) In Fortsetzung seiner Untersuchungen (siehe Bericht über die erste Veröffentlichung dieser Monatshefte) kam F. zu folgenden Ergebnissen. Von den 15 untersuchten Fällen waren zwei im Tertiär- und 13 im Primär- oder Sekundärstadium der Syphilis, zwei weitere waren nicht syphilitische Kontrollfälle. Spirochaeta pallida wurde nur in 17 Fällen von Primär- und Sekundärsyphilis gefunden, nicht gefunden wurde sie in den zweien von Tertiärsyphilis, in den zwei Kontrollfällen und in zwei weiteren von Sekundärlues. In allen untersuchten Fällen von Schanker (sieben an der Zahl) war Infektion mit der Spirochaeta vorhanden, letztere wurde auch festgestellt in den Tonsillen (ein Fall), in den Inguinaldrüsen, Papeln, Kondylomen und in Schleimhautplaques. In drei Fällen zeigte die Untersuchung im hängenden Tropfen die Spirochaeta lebend, das Material stammte hierbei von einem Schankergeschwür, einer hypertrophischen Tonsille und von Kondylomen. Den Umstand, daſs in zwei Fällen von Sekundärsyphilis (Schleimhautplaques) keine Spirochaeta gefunden wurde, führt F. auf den Protozoencharakter derselben zurück; in diesen Fällen hat eine Hg-Behandlung bereits stattgefunden und die Protozoen zum Verschwinden gebracht, ebenso wie Chinin bei Malaria die Plasmodien aus dem Blute entfernt. Schlieſslich erklärt es F. zwar für möglich, daſs die Spirochaeta pallida die ätiologische Grundlage der Syphilis bedeute, aber bei den vielen Enttäuschungen, welche uns die Vergangenheit in dieser Beziehung schon gebracht habe, müsse eine umfangreiche Statistik abgewartet und die Erfüllung der drei KOCHschen Bedingungen (Befund in den Geweben, Reinkultur und Überimpfung auf Tiere) verlangt werden. *Stern-München.*

Über die Struktur und Entwicklung der Spirochaeta pallida SCHAUDINN, von FR. KRZYSZTALOWICZ und M. SIEDLECKI. (*Akad. d. Wissensch. in Krakau.* 6. Nov. 1905.) Verfasser haben bereits in diesen Monatsheften (Bd. 41) über ihre Befunde von Spirochaeta pallida in den syphilitischen Produkten berichtet. Nun teilen sie weitere, höchst interessante Details bezüglich der Struktur und des Entwicklungsganges derselben mit. Die charakteristischen Kennzeichen der Spirochaeta pallida gegenüber der refringens verwischen sich bei verschiedenen Bewegungsphasen der Pallida; während der stärksten Zusammenziehung des Leibes sehen sie den kleinen Flagellaten sehr ähnlich. Als einzig konstantes Merkmal der Spirochaeta pallida ist nur die spitze Endigung des Spirochätenkörpers zu betrachten. Die von SCHAUDINN beschriebenen Geiſseln fassen Verfasser nur als eine gewisse Phase der Elongation des Körpers auf. Was die von SCHAUDINN angenommene undulierende Membran anbelangt,

so konnten Verfasser oft blasse Konturen rings um die dunkler gefärbte Achse des Spirochätenkörpers bemerken, eine deutliche undulierende Membran zu konstatieren ist es ihnen nicht gelungen.

Dagegen waren Verfasser imstande, den Sitz des Kernes der Spirochaeta pallida zu verfolgen, und zwar dank einer Modifikation der Methode von MARINO (die auf übliche Weise nach SCHAUDINN und HOFFMANN verfertigten Präparate kamen auf zehn Minuten in Methylalkohol und wurden erst dann nach MARINO gefärbt). Die Kerne der Pallida erscheinen als anscheinend leere Stellen im gefärbten Spirochätenkörper, die man bei gewisser Übung und gutem Lichte an fast allen nicht zu intensiv tingierten Spirochäten bemerken kann. Verfasser nehmen an, dafs die Kerne der Pallida — ähnlich den Kernen der Rhizopoda, Sporozoa und Flagellata — sehr chromatinarm sind und deshalb auf den Präparaten als helle Spatien erscheinen. Da nun die Pallida eine Zelle darstellt, die einen Kern besitzt, sich bewegen, zusammenziehen und die Körperform in ziemlich weiten Grenzen ändern kann, gehört sie wohl zu den Protozoen und nicht zu den Bakterien.

Die Spirochaeta pallida kann sich durch Teilung vermehren; der Gang dieses Prozesses wurde bereits von Verfassern in der ersten Arbeit beschrieben und auch von SCHAUDINN bestätigt. Aber die weitere Beobachtung hat nun gezeigt, dafs die Pallida auch alle Stadien einer geschlechtlichen Fortpflanzung durchmachen kann. Verfasser haben nämlich in vernachlässigten Syphilisprodukten Spirochätenformen gefunden, die den Trypanosomen sehr ähnlich sind und zweifeln nicht, dafs die Spirochaeta pallida in einer gewissen Entwicklungsphase das Stadium von Trypanosoma, das sie hier „Trypanosoma luis" nennen möchten, durchmacht. Dies bestätigt noch einmal, dafs die Spirochäten nicht zu den Bakterien, sondern zu den Protozoen aus der Gruppe der Flagellaten gehören. In der Entwicklungsgeschichte der Spirochaeta pallida spielt das Trypanosoma luis die Rolle der weiblichen Geschlechtszellen (Makrogameten). Trotzdem kann sich das Trypanosoma seinerseits auch durch Teilung vermehren. Die Rolle der Mikrogameten, der männlichen Geschlechtszellen wird nach Verfasser von winzigen, sehr kurzen und dünnen Spirochäten übernommen, denen man oft an Präparaten begegnet und die als eine Windung gröfserer polynukleären Individuen — die ebenfalls nicht selten vorkommen — aussehen. Verfasser glauben auch, dafs die kleinsten Spirochäten aus dem Zerfall der polynukleären entstehen.

Das weitere Schicksal des Trypanosoma luis nach der Befruchtung konnte von Verfassern nicht eruiert werden. Höchst wahrscheinlich geht es in ein Ruhestadium (Cyste oder Spore) über.

Auf den Präparaten, die aus verschiedenen Produkten der Frühlues gewonnen wurden, sind Verfasser noch einigen Gebilden begegnet, deren Natur nicht festzustellen war. Es waren teils längliche, auf beiden Enden abgerundete mit deutlichem Kern versehene Körper, teils runde, winzige Körperchen (Oberfläche glatt, Plasma violett, Kern rötlich-MARINO), teils spindelförmige, gerade oder etwas gekrümmte Gebilde (Plasma hell, Kerne deutlich rot-MARINO). Einzelne von diesen Gebilden erinnern an die SIEGELschen Bilder von Cytorrhyktes luis.

Zahlreiche Abbildungen illustrieren die interessanten Befunde der Verfasser. Sie wurden mittels apochromatischer ZEISSschen Immersion $\left(\frac{2,00}{1,30}\right)$ und der Okulare Nr. 6, 8 und 12 verfertigt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida, von WESLEY E. TAYLOR und EDGAR G. BALLENGER-Atlanta. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. Nov. 1905.)

A. Loewald-Kolmar.

Der Einfluſs der Quecksilberbehandlung und speziell der Sublimateinspritzungen auf die Spirochaeta pallida Schaudinns, von G. Ionanitzescu und P. Galaschescu-Bukarest. (*Spitalul.* 1905. Nr. 23/24.) Die Verfasser haben im Juni d. J. kurze Zeit nach der ersten Veröffentlichung Schaudinns über die Spirochätenfunde bei Lues, Untersuchungen angestellt, um den Einfluſs der Merkurialbehandlung auf diese Mikroorganismen festzustellen. Es wurden jeden vierten Tag intramuskuläre Injektionen in die Glutealgegend von je 0,03 Sublimat gemacht und sowohl vor Beginn der Behandlung, als auch während derselben oberflächliche Abkratzungen von den syphilitischen Primäraffekten und den Papeln gemacht, und nach den Methoden von Giemsa, Romanowsky und Proca-Vasilescu gefärbt. In allen untersuchten acht Fällen konnte ein stetiges Abnehmen der Spirochäten im mikroskopischen Gesichtsfelde festgestellt werden. Wurden vor Beginn der Behandlung fünf bis sechs Spirochäten in jedem Gesichtsfelde gesehen, so sank die Zahl derselben nach jeder Einspritzung und fanden sich in den letzten Präparaten, die noch vor der definitiven Heilung gemacht werden konnten, nur ein bis zwei vor. *E. Toff-Braila.*

Die Spirochaeta pallida, von Charles Herrmann-New York. (*New York med. Journ.* 9. Dez. 1905.) H. fand ziemlich reichlich Spirochäten im Sekundärstadium der Syphilis auf papulösen Eruptionen und Schleimhautplaques und hält es nun für sicher, daſs sie meist in diesem Stadium gefunden werden, weniger häufig in Primärerscheinungen, in den Lymphdrüsen und im Blute, selten im Tertiärstadium. Bevor es gelingt, Reinkulturen und positive Impfresultate zu erzielen, müssen immer noch Zweifel vorhanden sein, ob die Spirochäten wirklich die alleinige Ursache der Syphilis abgeben, H. hält es vielmehr für wahrscheinlich, daſs sie nur ein Stadium in dem Dasein der ursächlichen Protozoen darstellen, ebenso wie der von Siegel regelmäſsig in syphilitischen Veränderungen gefundene Cytorrhyktus. Statt der von Levaditi und Petresco angewandten Zugpflastermethode, welche den Nachteil hat, die Bläschen erst in sechs bis acht Stunden zur Entwicklung zu bringen, empfiehlt H. eine viel kürzere Zeit (15 Minuten) beanspruchende Methode: ein schmaler Gazestreifen von etwa $1^1/_2$ qcm wird mit 28%iger Ammoniaklösung durchtränkt, aufgelegt, mit einem Uhrglas bedeckt, um die Verdampfung zu verhüten und entsprechend (mit einem Gummiband) befestigt; dieser Verband bleibt drei bis vier Minuten liegen, die Gaze wird dann entfernt und nach 15 Minuten beginnt die Entwicklung einer Blase, deren Serum in einer Kapillarröhre aufgefangen wird und zur weiteren Untersuchung (im hängenden Tropfen usw.) dient. *Stern-München.*

Spirochaeta pallida, von S. Blum-San Francisco. (*Calif. State Journ. med.* Jan. 1906.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spirochaeta pallida und Syphilis, von Roscher. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 1—3.) Vortrag, gehalten in der Berliner militär-ärztlichen Gesellschaft.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Lagerung der Spirochaeta pallida im Gewebe, von A. Buschke und W. Fischer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 1.) Die Untersuchung der Leiche eines hereditär luetischen Kindes zeigte, daſs die Spirochäten, die auch im Gewebe gröſstenteils den steilen Typus ihrer Windungen beibehalten, sich hauptsächlich in dem erkrankten Gewebe finden. Namentlich lagern sie in der Wand gröſserer und kleinerer Gefäſse bis dicht an der Endothel heran, auch sieht man sie öfter im Lumen derselben, von wo aus sie in das benachbarte Gewebe intercellulär zu diffundieren scheinen. Man findet sie zahlreich auf Epithelzellen, sie scheinen hier in den Zellen zu liegen. Auch beobachtet man sie teils in spezifischen Infiltrationsherden zwischen den Zellen, teils aber auch zwischen den Epithelien der Organe, ebenso lassen sie sich im Epithel der Gallengänge nachweisen, spärlich fanden sie sich in der Niere

Besonders interessant sind die Befunde an der papulösen Effloreszenz, in den Papillen besonders innerhalb, und um die Kapillaren herum lagern grofse Massen von deutlich gewundenen Spirochäten, die von da senkrecht nach der Oberfläche durch das nur wenig infiltrierte Epithel wandern und bis unter die Hornschicht verfolgt werden können. In den tieferen Partien der Cutis sind nur vereinzelte Spirochäten sichtbar, zahlreicher sind sie um Talgschweifsdrüsen, Haarbälge herum.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Spirochaeta pallida SCHAUDINN, von THIBIERGE. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 1.) TH. ist davon überzeugt, dafs die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist; trotzdem hält er dafür, dafs der Nachweis der Spirochäten nur zur Bestätigung einer Diagnose dienen kann, gestellt mufs diese werden auf Grund der klinischen Symptome. — Zur Färbung der Pallida in Schnitten empfiehlt TH. die Methode von VAN ERMENGEM, Eintauchen der Schnitte in eine Lösung von Argentum nitricum, Tannin und Natrium aceticum; die Spirochäten färben sich dabei schwarz und erscheinen, da sich auf der Oberfläche ihrer Windungen eine Silberschicht ablagert, gröfser und voluminöser. *Götz-München.*

Über Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen spezieller Art, von R. BLANCHARD-Paris. (*Semaine medic.* 2. Jan. 1906.) Die Spirillen und Spirochäten unterscheiden sich voneinander durch ihre Struktur, erstere sind Bakterien, d. h. niedere Pflanzen, letztere sind Flagellante, d. h. Protozoen. Neben den Spirochäten stehen die Treponemen, die ebenfalls Geisselpilze sind. Verfasser beschreibt die verschiedenen Arten (Spirosoma, Vibrio, Spirobacillus, Trypanosoma, Trypanoplasma) und widmet sich besonders dem Spirillum, Spirochaeta, Treponema in bezug auf ihren Bau. Der Schlufs gilt der Spirochaeta pallida SCHAUDINN, den auch Verfasser für den Erreger der Syphilis hält und als Treponema pallidum SCHAUDINN bezeichnet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Spirochaeta pallida im Blute der Syphilitiker, von L. NATTAN-LARRIER und ANDRÉ BERGERON-Paris. (*La presse méd.* 1906. Nr. 3.) Der Nachweis von Spirochäten im Blute von Syphilitischen und zwar bei den noch nicht Behandelten, während der sekundären Periode, ist schwierig und verlangt viel Aufmerksamkeit und Geduld, doch sind die Verfasser zu positiven Resultaten gelangt. Hierfür werden 10 ccm Blut der Armvene entnommen, in zwei Portionen geteilt, mit je 100 g destilliertem sterilen Wasser gemischt und dann durch eine Viertelstunde zentrifugiert. Aus dem Bodensatze werden Deckglaspräparate angefertigt und mit salpetersaurem Silber nach der Methode von VAN ERMENGEN gefärbt. Auch die Färbung mit Eisenalaun nach HAIDENHAIN gibt gute Resultate. Bei Anwendung der ersteren Methode erscheinen die Spirochäten schwarz gefärbt, bei der zweiten hellgrau. *E. Toff-Braila.*

Die bei der Syphilis anzutreffenden Spirochäten, von R. C. ROSENBERGER-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Jan. 1906.) Nichts Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Spirochaeta pallida SCHAUDINN, von JAN T. LENARTOWICZ. (*Przeglad lekarski.* 1906. Nr. 6—7.) Sammelreferat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe, von V. MUCHA und G. SCHERBER-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 6) Bisweilen ergibt die Schnittfärbung nach LEVADITI ein besseres Resultat als die Färbung mit GIEMSA-Lösung, umgekehrt zeigte die GIEMSA-Lösung reichlich Spirochäten, wo die Schnittfärbung versagte, und diese auf dem Deckglas nachgewiesenen Spirochäten begegneten auch nach der Impfung auf Affen wieder. Wenn nun trotzdem noch negative Befunde vorkommen, so ist damit noch keineswegs bewiesen, dafs die Spiro-

chaeta pallida auch tatsächlich nicht vorhanden ist, sondern eben nur, dafs im gegebenen Falle die bisherigen Untersuchungsmethoden sie nicht nachweisen lassen. Die zuverlässigste Methode scheint eben heute noch der Tierversuch zu sein.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (KRAUS-SPITZER). Spirochätenbefunde, von K. KREIBICH. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Die Untersuchung auf Spirochäten ist im frischen, bewegten Präparate viel weniger ermüdend als im gefärbten, da die charakteristische Bewegung, wie sie durch die Schwingungen der Spirochäte entsteht, dem Auge zur Hilfe kommt. Es empfiehlt sich in dieser Richtung, den Rand kleiner Gewebsstücke abzusuchen; aus demselben findet man dann oft mehrere Spirochäten herausragen, während z. B. das übrige Präparat nichts aufweist.

„Wir glauben somit die Untersuchung auf Spirochaeta pallida im nativen Präparat besonders für klinisch-diagnostische Zwecke empfehlen zu können."

Arthur Rahn-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der Spirochäten, von WALDEMAR LOEWENTHAL-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 10.) L. untersuchte die auf ulcerierenden Tumoren vorkommenden Spirochäten, er fand da sowie in den Faces enggewundene, kurze Spirochäten, die er als Sp. microgyrata bezeichnet, die nicht mit der SCHAUDINNschen zu verwechseln ist. *Bernhard-Schulze-Kiel.*

Die Spirochaeta pallida bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung von GOLDHORNs Schnellfärbung, von GEORGE M. MAC KEE-New York. (*New York Med. Journ.* 1906. Nr. 12.) Nichts Neues. Die von L. B. Goldhorn angegebene Schnellfärbemethode besteht in der Anwendung einer Lösung von 1,0 Lithium carbonatum in 100 ccm Wasser, welchem 2 g Methylenblaulösung zugesetzt werden.

Schourp-Danzig.

Über Spirochätenbefunde im syphilitisch erkrankten Gewebe, von A. BLASCHKO-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 13.) Verfasser hat mit der LEVADITIschen Färbungsmethode eine Reihe von syphilitischen Primäraffekten untersucht, und es ist ihm in allen Fällen gelungen, die Anwesenheit von Spirochäten daselbst nachzuweisen. Bei Betrachtung eines so behandelten Schnittpräparates eines harten Schankers wird man geradezu überwältigt nicht nur von der Deutlichkeit, mit der sich die Spirochäten im Gewebe zeigen, sondern noch mehr von ihrer ungeheueren Massenhaftigkeit (an einzelnen Stellen tausende und abertausende in jedem Gesichtsfeld!). Die Spirochäten sind nicht gleichmäfsig durch das ganze Präparat verteilt, sondern schliefsen sich aufs engste an die Verzweigung der Gefäfse an. Überraschend fällt ins Auge die ungeheuere Zahl der Spirochäten in den Gefäfswandungen. In nicht wenigen Gefäfsen sieht man die Spirochäten deutlich im Gefäfslumen, wo sie sich seltener frei, in der Regel an die roten Blutkörperchen angeklebt vorfinden. Die Nachbarschaft der Gefäfswand ist ebenfalls reichlich mit Spirochäten durchsetzt, stellenweise so reichlich, dafs sie das perivasculäre Infiltrat fast zurücktreten lassen. Von diesen Herden sieht man die Spirochäten allmählich immer spärlicher in das benachbarte Gewebe ausstrahlen. Im Zentrum des Primäreffektes ist das gesamte Gewebe, vor allem aber die Bindegewebsfasern massenhaft von Spirochäten durchsetzt, die auch hier in sehr wechselnder Zahl auftreten und sich dem Verlauf der Bindegewebsfasern genauestens anschliefsen.

In der Epidermis selbst hat Verfasser Spirochäten nur ganz vereinzelt gefunden, in gröfserer Menge in einem breiten Condylom.

An diese Befunde schliefst Verfasser interessante, wenn auch zum Teil hypothetische Betrachtungen über die näheren Vorgänge der Einwanderung der Spirochäten

in die Gefäfse, über die weitere Wanderung und Vermehrung derselben. Die Arbeit ist mit gelungenen photographischen Abbildungen der Präparate illustriert.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Untersuchungen über die Spirochaeta pallida SCHAUDINN bei Syphilis, von E. BERTARELLI, G. VOLPINO und R. BOVERO. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XI, Heft I.) Die Unterscheidung der einzelnen Spirillenformen erfordert immerhin schon ein sehr geübtes und geschultes Auge, so dafs es wünschenswert ist, der Unterscheidung sichere Merkmale beizugeben. Überhaupt fordert die Klassifizierung und Diagnostik der Spirochätenformen grofse Vorsicht. In 42 Fällen primärer und sekundärer syphilitischer Läsionen war es den Verfassern 26mal gelungen, die Spirochaeta pallida vorzufinden, ebenso schienen die in den Schnitten der Leber und Milz gefundenen Spirillen der Pallidaform anzugehören wegen der Kleinheit ihrer Windungen. Dagegen konnten die Verfasser in den Ganglien und in dem Blute der Roseolaflecken Syphilitischer die Spirilla pallida nicht beobachten. In nichtsyphilitischen Stücken sind die Verfasser niemals auf Spirochäten gestofsen, die der Sp. pallida ähnlich gewesen wären; nur im Speichel fielen einige zweifelhafte Formen auf, die aber noch durch leichtere Färbbarkeit und Formeneinzelheiten von der Sp. pallida unterschieden werden konnten.

Arthur Rahn-Berlin.

Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues, von REISCHAUER-Jena. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.) Verfasser fand bei einem totgeborenen Kinde einer syphilitischen Mutter fast in jedem Ausstrich von der Leber mehrere typische Spirochäten, ganz vereinzelte in der Milz und der Lunge, dagegen keine in Niere und Blut. In Schnittpräparaten gelang der Nachweis nicht.

A. Loewald-Kolmar.

Angeborene Syphilis und Spirochaeta pallida SCHAUDINN, von C. LEVADITI-Paris. (*Presse méd.* 1905. Nr. 43.) Der Verfasser fand die Spirochaeta pallida konstant bei ihren Untersuchungen der cutanen und sonstigen Läsionen von angeborener Syphilis. Auf der anderen Seite liefs sich dieser Befund bei von Lues freien Säuglingen nie und nirgends erheben. Dies ergibt also ein weiteres Argument für die pathogene Rolle der SCHAUDINNschen Spirochäte bei congenitaler Syphilis.

Hopf-Dresden.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis, von C. BECK-Budapest. Es wurden die Haut- und Schleimhautläsionen von zehn an nachweisbar hereditärer Syphilis erkrankten Kindern untersucht. In sieben Fällen gelang es, in den sekundären Läsionen die Spirochaeta pallida nachzuweisen. Die Untersuchung von einem gummösen Geschwür fiel negativ aus. — Die PREISZsche Methode (nach SCHAUDINN mit Erwärmung) fand B. recht brauchbar, da es schneller und bedeutend intensiver färbt. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Pädiatr. Beil. Nr. 4.)

B. Kollarits-Budapest.

Über Spirochaeta pallida bei congenitaler Syphilis, von V. BABES und J. PANCA-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Verfasser fanden Spirochäten in den Nebennieren zweier syphilitischer Neugeborenen und in der Leber. Die Sp. p. hat grofse Ähnlichkeit mit den Geisseln gewisser Bakterien (Typhusbazillen, Tetanus). Auch in der Mundhöhle fanden Verfasser Spirochäten, die sich Farbstoffen gegenüber der Sp. pallida ähnlich verhalten, doch unterscheiden sie sich durch die gewöhnlich flachen, langen und unregelmäfsigen Spiralen, auch sind sie dicker als die Sp. p.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Fälle von Syphilis hereditaria, welche im Kinderspital Zürich in den Jahren 1884—1904 behandelt worden sind, von CHAJA RUBINSTEIN-Drabkin. (Inaug.-Dissert. Zürich 1905.) Vorliegende Dissertation ist als Fortsetzung der

Arbeit von Franz Lienhardt, „Beiträge zur Kenntnis der hereditären Lues", gedacht. Diese Arbeit umfaßt die in den Jahren 1874—1884 im Kinderspital Zürich als kongenitale Lues behandelten Fälle. Beide Arbeiten stimmen in ihren Resultaten überein. Die Zahl der in den letzten zehn Jahren behandelten kongenitalen Luesfälle beträgt 65, wovon 36 weiblichen, 29 männlichen Geschlechtes sind. 50 Kinder sind im Alter von 9 Tagen bis 8 Monaten in das Spital aufgenommen worden. 15 waren zur Zeit ihrer Aufnahme mehr als ein Jahr alt.

Im	Alter	von	1½	— 2	Wochen	2	Patienten
„	„	„	3	— 4	„	7	„
„	„	„	5	— 7	„	14	„
„	„	„	2	— 3	Monaten	14	„
„	„	„	4	— 6	„	10	„
„	„	„	7	— 8	„	3	„
„	„	„	1¼	— 2	Jahren	7	„
„	„	„	5	—10	„	4	„
„	„	„	11	—13½	„	4	„

Einen entscheidenden Einfluſs auf den klinischen Verlauf der Affektion zeigt das Alter der Kinder. Die Krankheit der ganz jungen Kinder unterscheidet sich beträchtlich von der der älteren. Der ersteren dieser beiden Gruppen gehören von den 65 Fällen 50 an, zur zweiten Gruppe gehören die 15 Fälle von 1¼—13½ Jahren.

1. Gruppe. Am auffälligsten ist hier die exanthematische Form der Krankheit; sie betrifft hauptsächlich die Haut und die Schleimhäute. In 19 Fällen war Syphilis der Eltern mehr oder weniger sicher festgestellt. Die ersten syphilitischen Erscheinungen traten in 6 Fällen bald nach der Geburt auf, in 5 in der ersten Lebenswoche, in 3 in der zweiten, in 2 in der dritten, in 1 in der vierten, in 4 in der fünften, zweimal in der sechsten Woche. In den anderen Fällen fehlen genauere Angaben. Hautsymptome fehlten nur in 4 Fällen, von denen aber zwei sichere Hautveränderungen vorher gehabt haben. Charakteristisch für die erste Gruppe sind nicht nur die Hautaffektionen, sondern auch die der Schleimhäute, obgleich letztere weniger oft vorkommen. Von den 50 Fällen sind sie in 29 vertreten. Als eine besondere Prädilektionsstelle kann die Nasenschleimhaut gelten. Verfasser fand 22mal Entzündung der Nasenschleimhaut. In 13 Fällen waren Rhagaden vorhanden. Bei fünf Kindern bestanden Geschwüre an der Gaumenschleimhaut, an der Zunge, an den Lippen, am Septum narium. Alle diese Ulcerationen waren nicht tiefgreifend und leicht heilbar. Knochenaffektionen sind in dieser ersten Gruppe viel seltener als Haut- und Schleimhautbefunde, sie sind wichtig wegen ihrer ungünstigen Beeinflussung der Prognose. Meist sind es die langen Röhrenknochen, in einem Fall Scapula, dann Clavicula, einmal die Schädelknochen und einmal die Rippen. Humerus und Femur scheinen häufiger als die anderen langen Röhrenknochen befallen zu werden. Oft geht der Prozeſs vom Periost aus und der Knochen erkrankt erst sekundär. Bei den rein periostitischen Entzündungen fehlen die heftigen Schmerzen, welche für die Erkrankung des Knochenmarkes charakteristisch sind. Veränderungen der Augen sind bei der ersten Gruppe selten. Leber und Milz waren in 13 Fällen geschwollen, die Leber allein in 5, die Milz allein in 8 Fällen. Die Lymphdrüsen waren in 13 Fällen geschwollen. Multiple subkutane Abscesse wiesen 3 Fälle auf.

Man trifft bei der Mehrzahl der syphilitischen Kinder der ersten Gruppe eine mehr oder weniger ausgesprochene Atrophie. Der sehr schlechte Ernährungs- und Entwicklungszustand kann als Ursache der hohen Sterblichkeit der syphilitischen Kinder angesehen werden. Von den 50 Patienten sind 34 gestorben und von diesen litt die Hälfte an einer ausgesprochenen Atrophie, während nur zwei von den geheilt

oder gebessert entlassenen Kindern einen atrophischen Zustand zeigten, die übrigen aber mäfsig oder gut genährt waren. Die bei der Autopsie gefundenen Veränderungen werden vom Verfasser mitgeteilt.

In der zweiten Gruppe gehören 15 Fälle von 1¼—13½ Jahren. Die im Alter von 1¼—2 Jahren stehenden sieben Fälle bilden eine Übergangsstufe von der ersten zur zweiten Gruppe. In der Anamnese wurde einmal Syphilis beider Eltern, dreimal der Mutter und dreimal des Vaters allein festgestellt. Die Erkrankung der Haut wird in dieser zweiten Gruppe sehr selten und nur unbedeutend gefunden. Die Schleimhaut wird öfter ergriffen. Von den Schleimhauteruptionen der ersten Gruppe unterscheiden sich die der zweiten dadurch, dafs sie in Geschwüren bestehen, die tief greifen und zu bedeutenden Veränderungen führen können. Charakteristisch für die zweite Gruppe sind die Knochenaffektionen, dann Veränderungen an den Schneidezähnen und Augenerkrankungen. Knochenaffektionen sind neunmal vorgekommen, in vier Fällen waren es nur eingesunkene und verdickte Nasenwurzel, in den übrigen fünf Erkrankungen der Tibiae, aber auch der anderen Knochen. In vier Fällen finden sich typische Bilder der Keratitis interstitialis, die sich in einer milchigen diffusen Trübung und in einer charakteristischen Gefäfsneubildung äufsert. In sechs Fällen sind Veränderungen an den Schneidezähnen gefunden worden. Die Kinder der zweiten Gruppe sind oft geistig zurückgeblieben.

Therapie: Bei der Behandlung der ersten Gruppe ist das Hauptgewicht auf das Allgemeinbefinden der Kinder zu legen. Als spezielle Behandlung gilt Calomel, das in Dosen von 0,003—0,005 dreimal täglich gegeben wird. Lokal: Calomel und weifse Präcipitatsalbe. In einigen Fällen wurde bei ganz kleinen Kindern Unguentum hydrargyri cinereum mit Erfolg angewendet. Die Behandlung der zweiten Gruppe besteht neben Hebung des Allgemeinzustandes in Jodkaliumverabreichung und Schmierkur.

Charakteristisch für die erste Gruppe sind:

1. Das Alter der Kinder, die Mehrzahl in den ersten Wochen;
2. die fast nie fehlenden Exantheme der Haut;
3. häufiges Anschwellen der Leber und Milz;
4. sehr häufig vorkommende Atrophie;
5. Osteochondritis der Röhrenknochen;
6. schlechte Prognose.

Charakteristisch für die zweite Gruppe sind:

1. Das Alter;
2. tiefgehende Ulcerationen der Schleimhäute;
3. Periostitis der Knochen, besonders der Tibiae;
4. Veränderungen an den Schneidezähnen;
5. Keratitis interstitialis;
6. Gute Prognose quoad vitam.

Fritz Loeb-München.

Über Reinfektion bei hereditärer Syphilis, von Rostaine. (*Thèse de Paris.* 1905.) Verfasser akzeptiert Gauchers Einteilung der hereditären Syphilis in vier Stadien: sekundäres, tertiäres, quaternäres (Parasyphilis), quintäres (Dystrophien) Stadium. Individuen in den beiden letzten Stadien können Syphilis akquirieren, selten kommt dies bei Individuen vor, die im dritten hereditärsyphilitischen Stadium sich befinden, nie im sekundären Stadium der hereditären Lues.

Fritz Loeb-München.

Über hereditäre Syphilis, von Robert W. Taylor-New York. (*New York med. Journ.* 8. Febr. 1906.) In erster Linie faſst T. in dieser längeren allgemeinen Betrachtung alles zusammen, was die Spirochätenbefunde bei hereditärer Syphilis in

jüngster Zeit ergeben haben, und findet, dafs die hereditäre Übertragung der Spirochäten die überzeugendste Tatsache dafür ist, dafs dieselben eine grofse Rolle bei Syphilis spielen und wir damit auf der richtigen Forscherspur sind. In zweiter Linie bespricht T. wiederum die viel erörterte Frage: Gibt es eine Übertragung auf die dritte Generation? und bringt zwei Fälle eigener Beobachtung, welche dieselbe in Übereinstimmung mit Hutchinson und Boeck durchaus bejahen. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes seien diese zwei Fälle kurz angeführt: 1. Fall. Grofsmutter mit Syphilis im Jahre 1869 infiziert, schwere Sekundär- und Tertiärerscheinungen, ganz geringfügige Behandlung, deren Tochter 1872 mit den klassischen Symptomen hereditärer Syphilis geboren; später niemals Zeichen erworbener Syphilis tragend, gebar die letztere im Jahre 1890 ein sehr elendes, schwaches Mädchen, welches bei der Geburt keinerlei Symptome erworbener Syphilis, aber im Laufe der nächsten fünf Jahre Hutchinsons Zähne, Keratitis, Ohrstörungen, Knochenschwellungen und späterhin (im zehnten bis zwölften Lebensjahre) charakteristische gummatöse Tumoren und Geschwüre zeigte; dieser Fall von Syphilis in dritter Generation wächst nun auf als Opfer infantiler Entwicklung und allgemeiner Atrophie. Der zweite Fall verhielt sich folgendermafsen: Gesunde Frau, mit einem seit zwei Jahren syphilitisch affizierten Mann verheiratet, akquiriert gleichzeitig mit beginnender Schwangerschaft Syphilis; sie gebar einen Knaben, welcher die charakteristischen Zeichen hereditärer Syphilis und auch späterhin noch die Zeichen der ererbten Krankheit aufwies; er wurde nie mit erworbener Syphilis infiziert, heiratete ein gesundes Mädchen, welches nach drei Jahren ein schwächliches Mädchen mit den Erscheinungen mangelhafter Entwicklung gebar; im vierten Lebensjahre stellten sich zahlreiche dystrophische Symptome an Knochen und Gelenken ein (Artheritis am Knie-, Ellenbogen-, Sternoclaviculargelenk, Periostitis an beiden Schienbeinen und einer Speiche usf.), sie kamen prompt auf wirksame antisyphilitische Behandlung (Quecksilbereinreibung und Jodkalium innerlich) zur Heilung. In diesen zwei Fällen war also, ebenso wie in jenen von Hutchinson (2) und Boeck (1), welche T. noch rekapituliert, die Übertragung auf die dritte Generation feststehend, denn alle notwendigen Beweise waren gegeben: die Eltern des letzten Kindes mit hereditärer, aber niemals mit erworbener Syphilis behaftet, Grofsvater der Mutter mit frischer Syphilis infiziert. Die dritte Frage, welche T. aufwirft und in längerer, ebenfalls durch einen selbstbeobachteten Fall belegter Beweisführung bejaht, betrifft die frische Syphilisinfektion bei einem mit hereditärer Syphilis behafteten Individuum. Diese allerdings seltenen Fälle kommen nach T.s Ansicht infolge von Veränderungen im allgemeinen Ernährungszustand vor und zwar hauptsächlich dadurch, dafs durch wirksame antisyphilitische Behandlung die hereditäre Erkrankung erloschen, die Immunität verloren zu sein scheint und günstige Bedingungen für Akquirierungen einer neuen Syphilis geschaffen sind. Genauere Beschreibung des Falles von T. wie der fleifsigen bezüglichen Literaturangaben mufs sich Referent versagen.

Stern-München.

Häufigkeit der hereditären Syphilis, von H. Neumann und Ernst Oberwarth. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 42. Heft 1 u. 2.) Die Verfasser gehen von den Zahlen der in H. Neumanns Kinderpoliklinik in Berlin in 15 Jahren behandelten Fälle aus. Danach kamen auf 69226 Fälle 632 hereditärluetische Kinder. Davon entfielen 111, d. i. 17,5%, auf uneheliche Kinder. Von 2269 ehelichen Kindern des ersten Lebensjahres zeigten 64 hereditäre Syphilis = 2,81%, von 408 unehelichen Säuglingen 14 = 3,43%. Es ist hiernach die Syphilis bei den unehelichen Säuglingen nicht so erheblich häufiger als bei den ehelichen, eine Tatsache, welche sich daraus erklärt, dafs die Mütter der unehelichen Kinder im Durchschnitt sozial auf der gleichen Stufe wie das übrige poliklinische Publikum stehen. Auf die Häufigkeit der hereditären Lues

ist nicht nur die Häufigkeit der erworbenen Syphilis, sondern auch die Häufigkeit einer zweckmäfsigen Behandlung von Einfluſs; daher gestatten die Zahlen über die Häufigkeit der hereditären Lues nur einen vorsichtigen Rückschluſs auf die Häufigkeit der erworbenen Lues. — Zum Schluſs geben die Verfasser einige Zahlen über die Häufigkeit der hereditären Lues in den Kinderpolikliniken anderer Berliner Institute und anderer Groſsstädte. Danach ist die hereditäre Lues in Berlin im Verhältnis zu anderen Groſsstädten als häufig zu bezeichnen. *Schourp-Dansig.*

Die Symptome der Syphilis hereditaria ohne Exanthem bei Säuglingen, von Josef Lernout. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 311.) Die hereditäre Syphilis der Säuglinge ist meist eine viscerale. Die verschiedenen cutanen, oft pathognomischen Manifestationen sind nicht konstant. Es war deshalb ein verdienstliches Unternehmen des Verfassers, eine Zusammenstellung der verschiedenen Befunde zu geben, welche bei Fehlen eines spezifischen Exanthems die klinische Diagnose der hereditären Syphilis gestatten. In Betracht kommen: der äuſsere Anblick des Säuglings, Gewicht, Knochenläsionen (Schädelmiſsbildungen, Periostosen, Pseudoparalyse usw.), nervöse Manifestationen (Hydrocephalus, Spina bifida, Meningo-Encephalitis, Paralysen), Splenomegalie, Leber- und Hodenhypertrophie, Veränderungen des Blutbildes (einfache Anämie, perniciöse Pseudoleukämie, Leukämie). *Fritz Loeb-München.*

Einige Worte über die Diagnose der Lues hereditaria praecox, von Ludwig Rabek. (*Gazeta lekarska.* 1905. Nr. 41.) Verfasser macht auf die bekannten Veränderungen der Haut (Kolorit, Elastizität u. dgl.) aufmerksam, die oft noch vor dem Auftreten der Infiltrate und der luetischen Exantheme die Diagnose der hereditären Syphilis bei den Säuglingen ermöglichen können.

Die hereditäre Syphilis kommt in der Regel in der Hälfte des zweiten Lebensmonats des Säuglings zum Ausbruch. Nicht selten aber ist dies viel später der Fall, und deshalb darf man beim geringsten Verdacht bei Untersuchung der Säuglinge der für Ammen bestimmten Mütter den endgültigen Ausspruch erst nach längere Zeit dauernder Beobachtung fällen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Betrachtungen über die Spätformen der hereditären Syphilis, von R. R. Campbell-Chicago. (*Med. News.* 7. Okt. 1905) Der Hauptsache nach betont Verfasser in dieser Arbeit, daſs es, ebenso wie bei der erworbenen Syphilis, bei der ererbten Form lange Perioden von Latenz geben kann und daſs scheinbar gesund geborene Kinder syphilitischer Eltern in späteren Jahren als Erwachsene ausgesprochene syphilitische Erscheinungen von seiten der Haut (Gummata), Gelenke (wobei meist nur einziges befallen ist), Augen (Keratitis), Ohren usw. aufweisen können, und belegt diese Ansicht mit einer Reihe von Beispielen aus der Literatur. Die Hutchinsonschen Symptome besprechend, hält er für das häufigste die Keratitis interstitialis, die gewöhnlich im Alter von 6—15 Jahren, aber auch im zweiten und dritten Lebensjahre im Gegensatz zu „den Hutchinsonschen Zähnen", die erst mit den bleibenden Zähnen ein Charakteristikum werden, vorkommen. Erkrankung des Labyrinths oder zentrale Taubheit trifft man am häufigsten um die Pubertätszeit, die Taubheit erscheint hier plötzlich ohne vorhergehende Schmerzen o. ä.; spezifische Behandlung hat dagegen keinen Einfluſs. Im Gegensatz zu der erworbenen Lues soll bei der hereditären Spätlues nie ein Schuppen- oder kleinpapulöser Ausschlag vorkommen. C. steht mit seiner Theorie auf Seite von Fournier, Neumann, Sigmund, Hebra u. a. und erklärt die entgegengesetzte von Kaposi, Bärensprung u. a. (wonach es authentische Fälle von hereditärer Spätsyphilis nicht gäbe) für einen überwundenen Standpunkt.

Stern-München.

Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis, von Rudolf Kimla-Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 31—52.)

Unter kongenitalen latenten Hypoplasien versteht K. Affektionen, welche schon im embryonalen Leben angelegt sind und ihren Ursprung in einer Hemmung oder Beschränkung der normalen, embryonalen Entwicklung in ihren verschiedenen Phasen haben; latent nennt er sie, weil sie bisher unerkannt geblieben waren. Sie bilden eine ununterbrochene, festgefügte Reihe, die auf der einen Seite an die Aplasien, auf der anderen an die normale Entwicklung grenzen. Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet die Untersuchung von 72 einschlägigen Fällen, welche betreffen:

a) Föten und totgeborene Kinder;
b) unausgetragene, lebendgeborene Kinder;
c) ausgetragene Kinder im Alter bis zu einem Monat:
d) ausgetragene Kinder, die mehr als einen Monat alt sind.

K. hält die kongenitale Hypoplasie für eine sehr wichtige Erscheinung der angeborenen Lues, obwohl er nicht behaupten will, dafs sie nur für Syphilis symptomatisch ist; neben den Erkrankungen der Plazenta und Nabelgefäfse ist sie eine der wichtigsten Ursachen für das frühzeitige Absterben der Frucht; sie ist die anatomische Grundlage der kongenitalen Debilität und Lebensunfähigkeit der Frucht. Je ausgebreiteter und frühzeitiger diese hypoplastischen Zustände angelegt sind, desto früher stirbt die Frucht ab; diese Veränderungen lassen sich nicht nur bei abortierten Föten, sondern auch bei Fällen von schwerer, kongenitaler Lues feststellen, auch bei lebendgeborenen und scheinbar normal entwickelten Kindern. Was nun die einzelnen Organe anbelangt, so gibt K. über die Hepatitis pericellularis folgendes Urteil ab: Die typische Hepatitis pericellularis ist eine Affektion, deren Grundlagen in einer Störung der normalen Entwicklung der Leber beruht, und zwar in einer frühen Entwicklungsperiode infolge der Einwirkung des syphilitischen Virus. Der Einfluſs dieses Giftes auf das Parenchym resp. auf die Anlage des zukünftigen Parenchyms äufsert sich in einer Abschwächung der Proliferations- und Organisationsfähigkeit der Epithelzellen (Verlangsamung der Proliferationsvorgänge, ungenügende Entwicklung der intertrabekulären Anastomosen und der Gallengänge). Der Einfluſs des luetischen Giftes auf das Mesenchym äufsert sich in einer übermäfsigen Wucherung der Mesenchymzellen, welche mit der Neubildung und Verästelung der Gefäfse im Leberparenchym gleichen Schritt hält. Diese sich gegenseitig modifizierenden Veränderungen führen einen Zustand herbei, der für die Hepatitis pericellularis charakteristisch ist, nämlich ein diffuses Durchdringen des unfertigen, noch nicht definitiv angeordneten Parenchyms durch das zellige, ebenfalls noch nicht definitiv angeordnete Mesenchym. In diesem Bilde bleibt oft der ursprüngliche tubulöse Drüsentypus und die Unfertigkeit auch in bezug auf die lobuläre Anordnung des Parenchyms erhalten. Da diese Affektion den Charakter der unvollendeten, normalen Entwicklung an sich trägt, zählt K. sie zu den kongenitalen Hypoplasien; sie ist nach K. eine unheilbare Erkrankung. Was die Hilussklerose anbetrifft, die gewöhnlich von der Hepatitis pericellularis begleitet wird, so ist Verfasser nicht in der Lage, ein definitives Urteil über das Zustandekommen derselben abzugeben. Auch die diffusen Pankreasinfiltrationen oder luetischen interstitiellen Pankreatitiden hält Verfasser für hypoplastische Zustände und reiht sie im System neben die pericellulären Hepatitiden. Daneben kann das syphilitische Virus im Pankreas auch eine echte, chronische, interstitielle Entzündung hervorrufen, bei welcher das bereits in allen Teilen normal entwickelte Organ von einem entzündlichen, neugebildeten Bindegewebe durchsetzt, sein Parenchym zerstört und zum Teil vernichtet wird. Die Veränderungen, welche die Lues congenita in der Lunge hervorruft, sind entweder spezifisch entzündlich (gummös) oder diffus produktiv (Pneumonia interstitialis luetica, Pneumonia alba). Diese letztere Erkrankung stimmt mit der Hepatitis pericellularis und der Pancreatitis fibroplastica diffusa in allen wesentlichen Punkten über-

ein. Überall findet sich eine ungewöhnliche, quantitative Hyperplasie des Mesenchyms mit Persistenz in einer bestimmten fibroplastischen Phase der Entwicklung, während das Parenchym quantitativ wie qualitativ ungenügend entwickelt ist; auch findet sich bei all diesen Erkrankungen eine gewisse Beschränkung in der Entwicklung des Gefäfssystems. Aus diesem Grunde hält K. auch die Pneumonia alta nur für ein Glied in der Reihe der kongenitalen latenten Hypoplasien; denn dieselbe, namentlich die durch eine diffuse Kariafikation des Gewebes charakterisierte Form ist infolge einer Abweichung von der normalen Entwicklung entstanden. Gerade die letztere ist eine der ernstesten Erscheinungen der kongenitalen Lues, welche Leben und Entwicklung des befallenen Individuums unmöglich macht. Was die Pneumonia alta interstitialis anbelangt, so lokalisiert sich in den Fällen von disperser Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes dieser Zustand nur auf einige Lobuli. Sehr oft, namentlich in den Fällen von lokaler Wucherung, beobachtet man auch eine starke Desquamation des Epithels der Alveolen und Bronchiolen; mitunter findet diese sogar in den Lungen selbst statt, so dafs man von einer Pneumonia alba desquamativa im Sinne Virchows sprechen könnte. Erklären lassen sich all' diese Veränderungen nur durch die direkte Einwirkung des spezifischen Virus auf das Epithel. — In einem von K. untersuchten Falle fand sich eine ausgesprochene Hypoplasie der Lunge und des Herzens. Was den Gastrointestinaltraktus anbelangt, so fand K. in 27 Fällen teils ganz normale, teils pathologische Veränderungen vor, die zwei Formen aufwiesen: typischen Befund einer Substitution der Mucosa und Submucosa durch ein zelliges Granulationsgewebe mit Läsion der normalen Struktur des Stratum glandulare und aufserdem eine zellige Hyperplasie nur im Stratum muscosum ohne Beteiligung der Submucosa. Die Untersuchung des Darmes in den K.schen Fällen ergab kurz folgendes Resultat:

a) Typus einer plaqueförmigen, spindelzelligen Verdickung in der Mucosa;

b) Verdickungen der Darmwand, welche durch eine Wucherung der beiden inneren Schichten entstanden sind, eber gegeneinander scharf abgegrenzt sind und sich dadurch voneinander unterscheiden, dafs die Submucosa von fibrillärem Bindegewebe, die Mucosa aber von spindelzelligem — dem syphilomatösen Gewebe der Autoren — gebildet wird. Daneben finden sich Veränderungen, welche den Charakter einer fortgeschrittenen Atrophie zeigen; auch fand sich in einem Falle zugleich mit dieser eine bedeutende Verengerung des Dünndarms. Die früher erwähnte plaqueförmige Infiltration der inneren Schichten der Gastrointestinalwand mit einem zelligen, gefäfsreichen Gewebe ist überall das charakteristische und dominierende Symptom; es zeigt sich in den Plaques eine ekzessive Wucherung und Hypertrophie des Zellgewebes. Dagegen ist aber die Evolutionsfähigkeit des Epithels in manchen Fällen gänzlich gelähmt; die Epithelzellen sind niedrig, kubisch, klein, die Zotten sind rudimentär entwickelt oder fehlen ganz, die Drüsen sind seicht, spärlich rudimentär. Dabei tritt nicht nur eine gewisse Unfertigkeit, sondern auch eine Unregelmäfsigkeit in der ganzen Formation des epithelialen Teils hervor. Auf Grund dieses Befundes kommt K. zu der Ansicht, dafs auch im Gastrointestinum kongenital-luetischer Kinder pathologische Zustände auftreten, die alle Kriterien der latenten, kongenitalen Hypoplasien aufweisen. Dafs die Nekrosen, welche sich manchmal an den gröfsten Plaques im Darm und fast regelmäfsig bei den Plaques im Magen finden, aus echtem, syphilomatösem Gewebe bestehen, bestreitet K. entschieden, da dieselben auch im normalen Gewebe gefunden werden. Die Untersuchung des Urogenitaltraktus resp. der Nieren und der Geschlechtsdrüsen ergab, dafs sich auch hier zwei Arten von Veränderungen fanden, einerseits latent hypoplastische und spezifisch entzündliche. Bezüglich der Thymus ist das von K. untersuchte Material ungenügend, um auch für diese die genannten Veränderungen nachzuweisen. In das Bereich der kongenitalen Lues gehören ferner noch:

a) das Gumma;
b) miliare und submiliare Nekrosen;
c) ausgedehnte Nekrosen ganzer Gewebspartien;
d) regressive Veränderungen im Parenchym der parenchymatösen Organe, welche sich auch bis zur Nekrose steigern können;
e) akut entzündliche, exsudative Veränderungen mit konsekutiver Verkäsung;
f) Veränderungen rein produktiver, hyperplastischer Natur.

Putzler-Danzig.

Über Pankreasveränderungen bei Lues congenita, von Oscar Storrk-Wien. (*Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.* 1905. Nr. 18.) St. hatte Gelegenheit, das Pankreas eines am Schwangerschaftsende totgeborenen Mädchens von 51 cm Körperlänge, bei deren Mutter Lues festgestellt war, zu untersuchen. Aufser der Pankreasveränderung bestand ein charakteristisches Exanthem der Haut mit besonders starker Beteiligung der Hohlhand und Fufssohlen, sowie Milz- und Lebervergröfserung. Mikroskopisch ist die Hepatitis interstitialis mit miliaren Gummen und eine wohlausgeprägte Osteochondritis syphilitica zu erwähnen. Makroskopisch erschien das Pankreas plump und von auffallend derber Konsistenz, auf der Schnittfläche weifslich, von undeutlich groblappiger Struktur. Im mikroskopischen Bilde erklärt sich die unscharfe Lappung dadurch, dafs die epithelialen Elemente zunächst in ein zarteres Stroma mit lockerer Faserung eingebettet erscheinen und je eine Gruppe derselben von einer mehr minder breiten Schicht dichter und gröber faserigen Bindegewebes umrahmt wird. Im grofsen und ganzen stimmen die von St. gefundenen Veränderungen mit den ziemlich häufig beobachteten Bildern bei congenitaler Lues des Pankreas überein. St. resumiert das Resultat der mikroskopischen Untersuchung dahin, dafs die Noxe der Lues congenita auf die Niere entwicklungshemmend, auf andere Organe wie Epiphysen und Zähne entwicklungsstörend wirkt, in einzelnen Organen (Lunge, Pankreas) vielleicht auch Leber in einem vermutlich von Fall zu Fall vikariierenden früheren Zeitpunkte des intrauterinen Lebensabschnittes Zwischengewebsänderungen hervorruft, welche denen des Tertiärstadiums der akquirierten Syphilis sehr wohl vergleichbar sind. Diese spezifischen proliferativen Stromaveränderungen bedingen, sei es gradezu durch räumliche Beengung oder auch durch Störungen im Ausbau des Gefäfsapparates (vielleicht wäre dazu noch an umschrieben lokalisierte, typische Einwirkungen zu denken) sekundär eine Behinderung der Fortentwicklung des befallenen Parenchyms, und demgemäfs erscheint letzteres post partum in einem Bilde, welches der gewissermafsen festgehaltenen Entwicklungsphase im Zeitpunkt des seinerzeitigen Einsetzens des interstitiellen Prozesses oder einer in der Differenzierung nicht wesentlich höher stehenden entspricht. Was die Langerhansschen Inseln betrifft, über deren Zugehörigkeit zum sekretorischen Parenchymabschnitt im histogenetischen wie im funktionellen Sinne kaum mehr ein Zweifel obwalten kann, so sind sie in allen untersuchten Abschnitten des Pankreas in grofser und ziemlich gleichmäfsiger Reichlichkeit zu sehen. Der auffallendste Befund an den Inseln ist, dafs sie alle in Kontinuität mit den Kanälchen zu sehen sind. Der Zusammenhang dabei ist der, dafs das Kanälchen seinen Verlauf unverändert fortsetzt, in radiärer Richtung in die kugelige Bildung eindringt und dann unfern der Mitte derselben blind endet; manchmal nähern sich die Kanälchen den Inseln auch in tangentialer Richtung und sie treten dann in oberflächlich schiefer Weise in den Peripherien ein. Bisweilen finden sich Inseln der gewöhnlichen Art, besonders aber auch solche von ungewöhnlicher Form und Gröfse, welche mit mehreren Kanälchen in Konnex stehen. Die letzteren treten an ganz verschiedenen Stellen in die Inseln ein und enden nach ungleich langem Verlauf in der gewöhnlichen Weise; wahrscheinlich liegt hier eine Verschmelzung benachbarter

Inseln zugrunde, entstanden während ihrer Entstehung oder während ihres Wachstums. Die Inseln sind meist von rundlicher Form und entsprechen in ihrer Größe etwa Nierenglobulis bei Erwachsenen; sie werden von feinfaserigem Bindegewebe umgrenzt. Die Inselepithelien sind polygonal rundlich mit zentralstehendem Kern, ihre Konturen nur dort deutlich, wo zwei benachbarte Zellen dieser Art mit verschieden intensiv färbbarem Protoplasma aneinanderstoßen. Die Kerne, etwas größer als Lymphocytenkerne sind rundlich und von ziemlich konstanter Größe, sehr chromatinreich. Von den Inselepithelien färben sich die dunkleren, kleineren unter Eosinlösung intensiver rötlich und zeigen eine äußerst feine Granulierung mit dicht gelagerten, runden Körnchen. Die helleren Epithelinseln färben sich zartrosa, mit fast ungefärbten, wie hydropisch gequollenen Protoplasmaanteilen. In vielen Inseln sind teils am Rande, teils zentral Kapillaren mit ihrem Endothel, blutgefüllt oder kollabiert, jedoch in sehr spärlicher Anzahl (1,2 oder höchstens 4) zu finden, ein Befund, der als im Widerspruch mit den Befunden an normalen Inseln des späteren Lebens stehend, vielleicht im Sinne der Unfertigkeit des Ausbaues der Inseln zu erklären ist. Die Art der Beziehung zwischen Kanälchen und zugehöriger Insel, ob nämlich das Kanälchen in der zugehörigen Insel einfach endet, sich noch verzweigt oder dieselbe perforiert, hat keinen Einfluß auf die Art und Weise des Nebeneinander von Kanälchen- und Inselepithelien. Die Unterscheidung beider Epithelarten ist infolge des Chromatinreichtums der Kerne der Inselepithelien leicht. Die Kanälchenepithelien der Anteile innerhalb der Inseln zeigen oft Ungleichheit der Kerngrößen, Verschiedenheiten im Abstand der Kerne vom Lumen, Verlust der regulären Stellung der Kerne an manchen Teilen der Cirkumferenz wie Bildung regelloser Gruppen. Dabei sieht man häufig Doppelkerne. Diese Unregelmäßigkeiten sind wohl als ablaufende Proliferationsvorgänge zu erklären. Mitosen waren nirgends zu finden. Die Grenzen zwischen den des Lumen des im Inselbereich befindlichen Kanälchenabschnittes umgebenden Kanälchenepithelien und den direkt anliegenden Inselepithelien ist bei dunklem Protoplasma der Inselzelle sehr deutlich durch eine zwischen ihnen liegende Zellgrenze. Auffallend ist die häufige Unterbrechung der Kanälchenepithelienreihe des intrainsulären Abschnittes durch Einschiebung von Inselzellen, die sich in „Reih und Glied“ einfügen und entweder schmal wie zusammengepreßt oder rundlich polygonal resp. kubisch erscheinen. Sowohl das Auftreten charakteristisch dunkler Kerne in den syncytiumähnlich veränderten, intrainsulären Kanälchenwandabschnitten wie auch die letzterwähnte Beobachtung geben der Vermutung Raum, daß das Kanälchenepithel an gewissen Stellen sich zu Inselepithel umbildet, daß dann letztere Zellen in zentrifugaler Richtung andere ihresgleichen produzieren und dabei in gleicher Richtung aus der Reihe der Kanälchenepithelien hinausgedrängt werden. An vielen Stellen sind auch ganz junge Entwicklungsstadien der Inseln in Form rundlicher Komplexe um Kanälchen zu sehen; eine andere Form unfertiger Inselbildung ist das Auftreten von Inselzellen in einfacher Lage und kürzerer oder längerer Erstreckung als Mantel um ein Kanälchen an irgend einer Stelle seines Verlaufs, nicht endständig. Ferner tritt in manche Inseln mit vorgeschrittener Ausbildung ihr Kanälchen ganz unvermittelt ein, während an minder reifen Inseln diese an der Kanälcheneintrittsstelle zu einer Spitze ausgezogen erscheinen, so daß das Kanälchen schon eine ganze Strecke vorher von Inselzelllagen umgeben wird. Auch Abschnürungsvorgänge gelangten zur Beobachtung, die so verlaufen, daß der intrainsuläre und ein Stück des anschließenden extrainsulären Kanälchenabschnittes sich zu Inselepithel umbilden und der letztere Anteil verkümmert und verschwindet. Endlich beobachtete St., daß sich mehrfach Inseln fanden, welche gänzlich oder teilweise in charakteristische, gummöse Nekrose aufgegangen sind, eine Lokalisation der Gummen, welche selten ist, da sie meist den

pathologisch veränderten Stroma angehören. Die innige Beziehung der Inseln zu den Kanälchen und die besondere Beschaffenheit der Inseln sind wohl zweifelsohne als Ausdruck einer Steifungsverzögerung zu erklären. Wäre ein Rückschluſs von Bildungsvorgängen unter pathologischen Verhältnissen auf solche untereinander gestattet, so ist es nach Verfasser wahrscheinlich, daſs die Anlage und Entwicklung der Inseln aus den Kanälchen vor der Ausdifferenzierung der Entstücke sich vollzieht. Es wäre dann als die Phase der fötalen Pankreasentwicklung, in welcher die entwicklungsstörende, luetische Zwischengewebsveränderung in diesem Falle eingesetzt hat, der Zeitpunkt vor der Ausbildung der Endstücke anzusehen.

Putzler-Danzig.

Bericht über einen Fall von Lues hereditaria tarda, von Warfield. (*Archives of Pediatrics.* 1905, Dez.) Beide Eltern des 11jährigen Kindes leben, die Mutter erklärt, nie Anzeichen von Syphilis gehabt zu haben; sie hatte drei Frühgeburten; dies Kind kam normal und gut entwickelt zur Welt und war bis zum siebenten Lebensjahr gesund. Dann erkrankte es und zeigte mannigfache Zeichen von hereditärer Lues: Keratitis und Iritis, beiderseitige Labyrinthaffektion, Hutchinsonsche Zähne, Perforationen im harten Gummen usw. Bedeutende Besserung unter spezifischer Behandlung. *F. Hahn-Bremen.*

Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis, von Rudolf Oppenheimer-Genf. (*Virchows Arch.* 1905. Nr. 182.) O. teilt sechs Fälle von kongenitalen Lebererkrankungen mit, bei denen fünfmal die luetische Natur sicher, das sechste Mal sehr wahrscheinlich ist; die Leber entstammen Neugeborenen, zumteil Frühgeburten, ein Fall von einem vierjährigen Kinde. In allen Fällen bestanden leichtere oder ausgesprochenere Fälle von Cirrhose, die nicht nur die periportalen Bindegewebszüge verdickte, sondern auch intralobuläre Bindegewebsproliferation nach sich zog. In einem Fall hatte sich ein typisch gummöser Prozeſs entwickelt, in einigen fanden sich miliare Gummata. Bezüglich des Leberparenchyms fand sich eine ausgedehnte Leberzellnekrose, die zweifelsohne auf die syphilitische Infektion zurückzuführen ist. In allen Lebern aber fanden sich Riesenzellen teils sehr reichlich in jedem Gesichtsfeld, teils nur in einzelnen Partien, teils nur in wenigen Exemplaren. Sie liegen in die Leberbalken eingefügt an Stelle normaler Leberzellen, denen sie in jeder Beziehung gleichen. Die Riesenzellen sind bald von ovaler, bald von länglicher oder auch von unregelmäſsiger Gestalt, dementsprechend liegen die Kerne gehäuft im Zentrum, seltener in den Randpartien oder sie durchsetzen kettenförmig die Zelle; sie erscheinen stellenweise gezackt oder offenbaren in kleineren Zellen amitotische Teilungsfiguren. Ihre Zahl schwankt bis zu 50 in einer Zelle. Nach O. handelt es sich um typische Riesenzellen. Da sie in das Gefüge der Leberbalken oben eingereiht sind, auch die Leberzellen nicht nur hinsichtlich ihrer Lage, sondern auch in der Form der Kerne und in der Beschaffenheit des Protoplasmas nachahmen, so kann nach O. kein Zweifel bestehen, daſs sie direkt aus Leberzellen und nur aus solchen hervorgegangen sind und zwar wie Verfasser meint, auf dem Wege einer unizellulären Genese, die ja auf das Zustandekommen aller Riesenzellen anwendbar ist. Eine Partialnekrose des Protoplasma und eine hierdurch bedingte Hemmung seiner Teilungsfähigkeit kann für viele Riesenzellen auf Grund des Protoplasmabefundes angenommen werden. Die Annahme eines solchen unizellulären Entstehungsmodus erscheint auch deshalb berechtigt, weil in den syphilitischen Lebern mehrfach Erscheinungen von Kernvermehrung nachzuweisen sind; auch sind Übergangsformen zwischen Leber- und Riesenzellen vorhanden. Welches aber auch die Genese der Zellen ist, eine Tatsache ist nach O. unanfechtbar, daſs die Produktion epithelialer Riesenzellen das mikroskopische Bild beherrscht. Was die Entstehung der Riesenzellen in der Leber bei Lues congenita anbetrifft, so ist

nach Verfasser folgende Erklärungsmöglichkeit recht naheliegend: das in der Leber angreifende, syphilitische Virus affiziert die Leberzellen selbst und hat in den vorliegenden Fällen zur Nekrose der Leberzellen geführt. Diese Schädigung der Leberzellen dürfte als Ursache der Riesenzellbildung anzusehen sein, indem die eintretende Kernvermehrung nicht mit einer regelrechten Zellteilung einherging, sondern indem das Protoplasma, welches nach Ausweis seiner oft vakuolär durchbrochenen Struktur oder seines unscharfen, verschwommenen Konturs und eigenartig grobflockigen Baues schwer geschädigt war, ungeteilt blieb und Zellmassen bildete, die sich nach den bei der Modellierung der Leber gültigen, mechanischen Gesetzen in der Form von Balken differenzierten; diese Balken sind teilweise durch einkernige Zellindividuen unterbrochen. Was die Ursache der Kernvermehrung angeht, so spielt ein physiologischer Faktor, die fötale Vermehrung der Leberkerne beim Wachstum der Leber, und ein pathologischer, das ist die teilweise exzessive Regeneration nach Schädigung der Leberzellen und Leberzellenbalken durch den Krankheitsprozefs, hierbei eine Rolle. In differentialdiagnostischer Hinsicht sind nach O. zwei Punkte bemerkenswert; einmal der Umstand, dafs es sich in allen anderen Fällen, wo Riesenzellen in der Leber gefunden wurden, um Erkrankungen in extrauteriner Leber handelt und ferner, dafs die Leberriesenzellen im extrauterinen Leben selten die Form eines ungegliederten Leberzellbalkens mit zusammengetretenen Kernen nachahmen, wie es die Riesenzellen der kongenitalen luetischen Leber tun. Endlich aber handelt es sich bei der differentialdiagnostischen Frage nur darum, ob die Riesenzellen als Bestandteil der syphilitischen entzündlichen Neubildung, des syphilitischen Granuloms d. h. Gummas zu betrachten sind; das ist aber in den vorliegenden Fällen sicher nicht der Fall, sondern sie entstehen hier auf dem Boden der Lues als Ausdruck einer stellenweise fast diffusen Entwicklungsstörung des Lebergewebes, ohne dafs sich die Riesenzellen als Bestandteile umschriebener oder diffuser entzündlicher Infiltrate präsentieren.

Putzler-Danzig.

Hereditäre Syphilis und Typhus abdominalis, von J. D. Rolleston-London. (*Brit. Med. Journ.* 10. Feb. 1906.) Ein 19jähriges Mädchen akquirierte in der Rekonvalescenz nach Ileotyphus eine akute, spontan schmerzhafte Schwellung am linken Unterkiefer. Aufser einem nicht direkt pathognomonischen Defekte an den Zähnen und einem abnorm hochgewölbten Gaumen (palais ogival der Franzosen) fanden sich keine Merkmale der hereditären Syphilis. Da aber die Schwellung auf Jodkali prompt verschwand, und da ferner sonst gelegentlich osteokopische Schmerzen nachts auftraten, erscheint es begründet, anzunehmen, dafs es sich hier um eine Spätmanifestation der hereditären Syphilis handelte, und dafs dieselbe durch den erregenden resp. schwächenden Einfluss des vorangegangenen Typhus zur Auslösung kam.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis, von August Kohl. (*Arch. f. Kinderheilk.* 43. Nr. 1—4.) Der Verfasser behandelt einen äufserst seltenen Fall von isoliertem Gummata der Lunge, welcher ein zwei Monate altes Kind betraf. Die klinische Diagnose Lues hereditaria auf Grund vorhandener Rhinitis, Milztumor, pemphigusartigen Ausschlages an den Händen und Füfsen, blutenden Rhagaden an Zehen, Fingern, Mund und Nase wurde durch den Sektionsbefund bestätigt: Im rechten Unterlappen der Lunge befand sich ein linsengrofser, gelblicher Fleck, umgeben von einem 2—3 mm breiten, blaubraunen Hofe; kleinere, dieser sich derb anfühlenden Stelle analoge Flecken bestanden an der Basis des Unterlappens. In dem Gumma wurde ein käsiges Zentrum gefunden, dem sich eine Zone von rund- und spindelzellenhaltigen Bindegewebe anschlofs. Aufserdem bestand Ostrochondritis luetica an den Rippen und an der Tibia. — Gegen Tuberkulose, welche fast regelmäfsig

den Oberlappen befällt, spricht der Sitz der Gummata, sowie das Fehlen von Tuberkelbazillen. *Schourp-Danzig.*

Über Aortenerkrankung bei kongenitaler Syphilis, von C. Bruhns-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 8/9.) Bei neun kongenital syphilitischen Kindern, von denen acht totgeboren oder gleich nach der Geburt gestorben, eins drei Monate alt geworden war, wurden sechsmal in der Aorta ausgesprochene Veränderungen konstatiert. Es finden sich nach des Verfassers Untersuchungen also in der Aorta bei kongenitaler Syphilis Entzündungsherde, die ihren Sitz in den äufsersten Schichten der Media und in der Adventitia, besonders in der Umgebung der Vasa vasorum haben. Das Bild dieser Entzündungsherde gleicht vollkommen den von Chiari bei erworbener Lues geschilderten Erscheinungen von produktiver Mesaortitis. Der Befund dieser Aortenveränderungen bei kongenitaler Syphilis spricht daher auch dafür, dafs die Chiarische Mesaortitis produotiva als eine Erscheinungsform syphilitischer Erkrankung in der Aorta anzusehen sei. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Beziehungen der hereditären Knochensyphilis zur Osteïtis deformans (Paget), von L. A. A. Bridoux. (*Thèse de Lille.* 1904. Nr. 44.) Die hereditäre Spätsyphilis kann von Seiten des Knochensystems zu so bedeutenden Veränderungen führen, dafs diese ganz den Erscheinungen bei Osteïtis deformans (Paget) gleichen. Besonders häufig ist die Tibia Sitz solcher Affektionen. Verfasser beschreibt einen sehr charakteristischen Fall. Differentialdiagnostisch ist besonders das Alter, in dem die Affektion auftritt, ausschlaggebend. Die Osteïtis tritt nicht vor dem 21. Jahr, die hereditäre Knochensyphilis besonders im Alter von sechs bis zwölf Jahren auf. *Fritz Loeb-München.*

Die ätiologischen Beziehungen der hereditären Syphilis zu den chronischen Encephalopathien in der Kindheit, von J. J. Meyer. (*Thèse de Paris.* 1904.) Aufser der Hydrocephalie scheinen chronische Hirnerkrankungen von Kindern selten hereditär luetischen Ursprungs zu sein. *Fritz Loeb-München.*

Über oculare Paralysen hereditär syphilitischen Ursprungs, von J. A. M. Quillet. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 135.) Eine gute Arbeit ohne wesentliche neue Ergebnisse. *Fritz Loeb-München.*

Incontinentia urinae et alvi bei hereditärer Spätsyphilis, von Marcel Cantonnet. (*Thèse de Paris.* 1904.) Verfasser berichtet über 22 Fälle, darunter einige eigene. Seine Ergebnisse sind folgende:

1. Unwillkürlicher Urinabgang ist gelegentlich ein Symptom, das auf eine Meningo-Myelitis hereditär spätsyphilitischen Ursprungs hinweist.

2. In manchen Fällen tritt unwillkürlicher Kotabgang hinzu.

3. Beide Phänomene finden sich besonders oft bei degenerierten und nervös belasteten Individuen.

4. Kein Alter ist verschont. Das Maximum fällt in die Zeit zwischen dem 4. und 20. Lebensjahr.

5. Die pathologisch-anatomische Grundlage ist eine Meningo-Myelitis der Seiten- oder Hinterstränge. Im ersteren Fall stehen in klinischer Beziehung Kontrakturen und Reflexsteigerungen, im letzteren Fall Verminderung oder Aufgehobensein der Reflexe im Vordergrund.

6. Die medullären Symptome sind stets mit Zeichen hereditärer Syphilis verbunden.

7. In Anbetracht der cerebralen und menengitischen Komplikationen, die sich einstellen können, mufs die Prognose mit Vorsicht gestellt werden.

Spezifische Therapie hat einen günstigen Einfluls auf diese Sphinkterenstörungen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Arthropathien bei tardiver hereditärer Syphilis, von P. E. A. Saucet. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 120.) Differentialdiagnostisch sind wichtig: Anamnese, hereditär luetische Stigmata, Charakter der Arthropathie, Einfluſs der Therapie. Besonders die Unterscheidung von Tuberkulose macht Schwierigkeiten. Der Hauptwert der umfangreichen Arbeit liegt in der reichen Kasuistik. *Fritz Loeb-München.*

Über ein eigenartiges als Spätform auftretendes Fleckensyphilid, von Heinrich Lübbers. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1904.) Beitrag zur Kenntnis eines zuerst von Fournier als „erythème circiné tertiaire" genauer beschriebenen, von Unna gelegentlich als Neurosyphilid und von Kille als roseola syphilitica tardiva bezeichneten Hautsyphilids. Verfasser bespricht die Literatur dieses besonders durch sein spätes Erscheinen, seine Form und seine Lokalisation auffallenden Erythems und bringt einige einschlägige Krankengeschichten. *Fritz Loeb-München.*

Syphilitisches Fieber, von John A. Mekenna-Philadelphia. (*Med. News.* 9. Dez. 1905.) Der Fall, ein neunjähriges Kind betreffend, bot das charakteristische Bild des typhösen Fiebers — nicht sehr hohe Abend- (39°) und stets niedrigere Morgentemperaturen (38°) — und wurde auch drei Wochen hindurch als Typhus behandelt, bis Verfasser gerufen wurde und an den Knochenschmerzen, der eigentümlichen (Hutchinsonschen) Zahnbildung u. a. m. auf hereditäre Syphilis schloſs. Fünftägige Behandlung mit Jodkalium-Quecksilbermischung (viermal täglich 8 cg) brachte Temperatur und Puls zur Norm, die Knochenschmerzen zum Verschwinden, bedeutende Verkleinerung der Leberschwellung. Die Anamnese bei beiden Eltern ergab nur Negatives bezüglich der Lues und nur die Zahnbildung führte zur richtigen Diagnose. Verfasser glaubt, daſs in solch zweifelhaften Fällen von kontinuierlichem Fieber, wenn man öfters an Syphilis denken und die spezifische Behandlung einleiten würde, bald die Diagnose gesichert und damit sowohl der Gesundheit des Patienten wie dem Ansehen des Arztes genützt wäre. *Stern-München.*

Die erweichten idiopathischen Bubonen bei frischer Syphilis, von A. Gassmann-Genf. (*Revue méd. de la Suisse rom.* 1905. Nr. 12.) An der Hand eines selbst beobachteten Falles bespricht Verfasser die Frage der erweichten Bubonen bei Syphilis und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es existiert eine Kategorie von erweichten Bubonen bei der Lues recens, die nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft weder für Komplikation der typischen Skleradenitis noch als tertiäre Erscheinung anzusehen sind. 2. Diese erweichten syphilitischen Bubonen haben einen chronischen Verlauf zum Unterschiede von den akuten, durch andere Ursache hervorgerufenen; sie haben keine Tendenz zu Perforation und resorbieren sich leicht unter dem Einflusse einer Quecksilberkur. 3. Die Erweichung ist die Folge entweder einer Art von Nekrose oder einer eigentümlichen Konsistenz des lymphatischen Gewebes, nicht aber eines Suppurationsprozesses. 4. Als beste Bezeichnung für diese pathologischen Produkte erscheint die der „erweichten idiopathischen Bubonen bei rezenter Syphilis". *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Syphilis maligna, von Serenin. (*Med. Obosrenje.* 1905. Nr. 19.) Der Fall betraf einen 27jährigen Mann und gab bei fehlenden Anhaltspunkten für Lues und groſser Ähnlichkeit mit Pemphigus vegetans zu einer Verwechselung mit diesem Anlaſs, zumal da von anderer autorativer Seite zuerst die Diagnose Endocarditis ulcerosa mit sekundärer Bildung von Geschwüren gestellt worden war. Subcutane Arsenbehandlung blieb erfolglos. Als aber nebenbei Jodkalium innerlich gegeben wurde, trat eine schnelle Besserung der Geschwüre ein, welche die Diagnose klärte. Unter Hg-Behandlung genas der Kranke. Als besondere Erscheinungen des Falles hebt Verfasser hervor: 1. das Fehlen eines Primäraffektes, 2. die normale Be-

schaffenheit der Schleimhäute während der ganzen Krankheitsdauer, 3. die eigentümliche Beschaffenheit der Geschwüre und 4. das hartnäckige Fieber.

Arth. Jordan-Moskau.

Die maligne Syphilis, von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 29.) J. führt einige Beispiele von maligner Syphilis an und bespricht kurz die Behandlung, ohne dabei Neues vorzubringen. *Götz-München.*

Über Syphilis maligna, von RICHARD BEWERSDORFF. (Inaug.-Dissert. Halle 1905.) Im beschriebenen Falle handelte es sich um einen sonst ganz gesunden Patienten ohne erbliche Belastung, dessen primäre und erste sekundäre Symptome nicht besonders schwere waren, bei dem aber schon wenige Monate post infectionem ulceröse Haut- und Schleimhauterkrankungen, sowie schmerzhafte Knochenaffektionen auftraten, die trotz energischer Behandlung mit Quecksilber und Jod, gegen welche Präparate keine Idiosynkrasie bestand, immer und immer wieder rezidivierten, und bei dem diese örtlichen Krankheitserscheinungen von schweren Allgemeinstörungen begleitet waren. Das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichnis umfaßt nicht weniger als 202 Publikationen auf 11½ Seiten. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von totalem Nasen-Rachenverschluß durch Lues maligna, von ERNST VALLENTIN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen und ist bemerkenswert durch die gleich von Anfang an einsetzende gummöse Ulceration im Halse. Diese Lokalisation hielt unter immer neuen Nachschüben am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand während einer ununterbrochenen Dauer von einem Jahr und 8½ Monaten an, um mit dem Erlöschen dieser akuten Periode der Krankheit den totalen Rachenverschluß nach sich zu ziehen. Also Einsetzen des gummösen Prozesses im Frühstadium: sechs bis sieben Wochen nach der Infektion. Die Diagnose auf maligne Lues wird im vorliegenden Fall durch einige weitere Charakteristika gestützt: Ungewöhnlich lange erste Eruptionsperiode, schnelle Aufeinanderfolge neuer Effloreszenzen, abweichender Charakter des Frühexanthems und der Hautbeteiligung (Knötchen statt Roseolen), Lokalisation und Anordnung, Fehlen der Kondylome, rezidivierende Fieberanfälle, Milztumor, hochgradige Konsumption des Gesamtorganismus. *Fritz Loeb-München.*

Über die Infektiosität des Gumma, von ZEDLEWSKI. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Verfasser gibt zunächst auszugsweise die Krankengeschichten der fünf Fälle, welche als Beweis für die Übertragbarkeit der tertiären Syphilis einer Kritik standhalten können. Es sind dies die Fälle von FOURNIER, LANDOUZY, EHLERS, SACK und DELBANCO. Das Hauptargument für die Übertragbarkeit der tertiären Luesform erblickt man in der Tatsache, daß tertiärsyphilitische Personen bisweilen Kinder erzeugen, welche Symptome hereditärer Lues aufweisen. Es muß also wohl das Sperma von solchen Tertiärsyphilitischen seine infektiöse Fähigkeit bewahrt haben. Einige Autoren geben die Gegenwart der Keime bei Tertiärsyphilitischen zu und nehmen nur eine Verminderung der Virulenz an, so weit, daß eine Infektiosität als ausgeschlossen zu betrachten ist. LANG nimmt an, daß bei den Fällen von Infektion im Tertiärstadium außer dem abgeschwächten Virus sich auch ein solches findet, dessen Virulenz noch unverändert ist. Viele Autoren geben das Vorhandensein des wirksamen Giftes bei Tertiärsyphilitischen nicht zu. Als Haupteinwand gegen die Infektiosität des Gumma wird die Verschiedenheit in der histologischen Beschaffenheit der Produkte der sekundären und tertiären Periode der Syphilis angeführt. Trotz einer Reihe nicht zu vernachlässigender Gegengründe hat Verfasser bei der Durchsicht der Literatur den Eindruck gewonnen, als wäre es berechtigt, für manche Fälle eine Infektiosität des Gumma zuzugeben. Er hält es für nicht unwahrscheinlich, daß im Gumma die Keime erst dann absterben, wenn dasselbe eine zentrale fettige Entartung erfährt.

Einige Fälle aus der Literatur und zwei neue aus der M. Josephschen Poliklinik, welche vom Verfasser ausführlicher mitgeteilt werden, zeigen, daſs die Gefahren, welche das gummöse Stadium der Lues aufweist, als gering zu betrachten sind. Immerhin muſs man bei Erteilung des Ehekonsenses mit der Möglichkeit der Infektion rechnen, wenn bei Männern Gummata am Penis angetroffen werden. Namentlich solche Gummata müssen den Verdacht auf Ansteckungsfähigkeit erwecken, welche sich bald nach der Infektion entwickelt haben. Von groſser Wichtigkeit ist die Frage, ob eine genügende Behandlung stattgefunden hat. In den beiden Fällen des Verfassers, wo die Anwesenheit von Gummen nicht zur Infektion führte, wurden ausreichende Kuren durchgeführt. *Fritz Loeb-München.*

Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der gummösen Syphilis, von Sowinski. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 48.) Es handelt sich um folgenden, sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch lehrreichen Fall. Ein 36jähriger Flöſser, welcher vor neun Jahren Syphilis akquiriert hatte, die im Laufe der ersten zwei bis drei Jahre mehrfach spezifisch behandelt worden war (leider fehlt eine Angabe über die Anzahl der Kuren), erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren an einem gummösen Ulcus des harten Gaumens, welches darauf auf die Nase überging und trotz energischer Behandlung mit Einreibungen zu einem Defekt der Nase führte. Hierauf beschränkte sich aber der zerstörende Prozeſs nicht, sondern der ganze harte und weiche Gaumen schmolzen ein und unter zunehmender Schwäche und Fieber starb der Kranke. Bei der Autopsie fanden sich makroskopisch folgende Veränderungen: eine chronische ulceröse Pharyngitis und Rhinitis mit völligem Verlust des harten und weichen Gaumens, wie der Weichteile der Nase, chronische Perichondritis der Kehlkopfknorpel, Diphtherie des Dünndarms, allgemeine Entkräftung. Bei der mikroskopischen Untersuchung der verschiedensten Organe (Herz, Leber, Nieren, Milz, Lungen, Hoden, Gehirn usw.), speziell auf Veränderungen der Gefäſse, fanden sich solche zwar überall, aber durchaus nicht scharf ausgeprägt, und zwar betrafen diese Veränderungen sowohl die groſsen als kleinen und mittleren Gefäſse und äuſserten sich in einer Verdickung der Wände auf Kosten des Lumens und in nesterartigen, zelligen Infiltraten. Wenn man aber die Ausbreitung des ulcerösen Prozesses mit den verhältnismäſsig geringen Veränderungen an den inneren Organen vergleicht, so unterliegt es keinem Zweifel, daſs nicht der ulceröse Prozeſs an sich, sondern seine verhängnisvolle Stelle Ursache des Todes wurde. Die Lage der Geschwüre veranlaſste die schlechte Ernährung, den Kräftezerfall, den gestörten Stoffwechsel, wozu dann die Resorption der Zerfallsprodukte kam, was alles zusammen den Tod veranlaſste. *Arth. Jordan-Moskau.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften tertiärsyphilitischen Organerkrankungen, von Wilhelm Soebernheim-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 11.) Zu dem neuerdings durch O. Rosenbach und G. und F. Klemperer aktuell gewordenen Thema bringt S. zwei im Jahre 1905 beobachtete Fälle von fieberhaften Organerkrankungen im tertiären Stadium der Syphilis, und zwar den Fall einer fieberhaften Lebererkrankung, die als syphilitisch durch Operation erkannt, und den Fall einer cirrhotischen fieberhaften Lungenerkrankung, deren luetischer Charakter durch Autopsie bestätigt wurde.

Eine 36jährige Patientin, die einmal abortiert und einige Jahre darauf eine normale Entbindung durchgemacht hatte, erkrankte zu Beginn 1905 an Leber- und Milzschwellung.

Die Temperatur, gewöhnlich normal oder subfebril, zeigt wöchentlich ein- bis zweimal einen plötzlichen Anstieg auf 40° und höher. Der Anstieg ist stets von heftigem Schüttelfrost, meist auch von Erbrechen und heftigen, kolikartigen Magenschmerzen begleitet und ist unabhängig von der Zeit. Die Entfieberung geht unter

reichlichem Schweifsausbruch vor sich. Nach zirka zwei Wochen tritt Ikterus auf, der an Intensität ständig zunimmt. Abgesehen vom Erbrechen ist die Nahrungsaufnahme bei gutem Appetit stets reichlich, so dafs kein Gewichtsverlust stattfindet. Trotzdem die öfters auch während des Schüttelfrostes vorgenommenen Blutuntersuchungen gänzlich negativ ausfielen, wurde der Versuch mit gröfseren Chinindosen gemacht; diese Therapie erwies sich als gänzlich erfolglos, sie war nicht imstande, die Schüttelfröste zu beseitigen; ebensowenig hatte Arsenbehandlung Erfolg. Bei zunehmender Schmerzhaftigkeit der Lebergegend und steigender Zahl der Schüttelfröste wird die Operation vorgenommen. Die Leber ist bläulich gefärbt, derb und zeigt in ihrer ausgesprochenen Lappung das typische Bild der Syphilis. Die Leber ist um ihre Sagittalachse gedreht, der bei der Palpation als Gallenblase imponierende Tumor charakterisiert sich als von der Leber zum Magen ziehende Bindegewebsstränge. Die Gallenwege sind völlig frei, nirgends sind Gummata oder entzündliche Veränderungen nachweisbar. Die Gallenblase wird mit der Parietalserosa vernäht, aber nicht eröffnet.

Seit dem dritten Tage nach der Operation erhält Patientin zweimal täglich einen Efslöffel Jodkalium (10,0 : 150,0), fünf Tage später drei Efslöffel täglich bei gleichzeitiger Eröffnung der Gallenblase.

Die Temperaturen bewegen sich dauernd zwischen 36° und 37°. Noch vor Eröffnung der Gallenblase ist der Ikterus völlig verschwunden, Erbrechen und Schüttelfröste sind nicht wieder aufgetreten.

Nach acht Wochen wird Patientin, nachdem sie bedeutend an Gewicht zugenommen, völlig geheilt entlassen und hält sich nachher in völligem Wohlbefinden.

Während hier die Heilung einzig und allein durch Jodkalium erzielt wurde, blieb im zweiten Falle eine solche günstige Reaktion aus, obgleich einen Monat lang Jodkalium bezw. Jodipin in gröfseren Dosen gegeben wurde. Der linksseitige cirrhotische Lungenprozefs ging dauernd weiter, bis schliefslich nach dreitägiger Schmierkur der Exitus durch Hämoptoe herbeigeführt wurde.

Zur Erklärung des im zweiten Falle vorherrschenden intermittierenden Fiebers dienen nach S. die stark vergröfserten und teilweise verkästen, in Zerfall begriffenen Mediastinaldrüsen, die „wohl imstande sein können, die beobachteten hektischen Temperaturen zu erzeugen, ohne dafs dieselben durch den spezifischen Organprozefs als solchem hervorgerufen zu werden brauchen". *Arthur Rahn-Berlin.*

Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 2.) Z. scheidet von von vornherein die luetischen Erkrankungen der Niere, der Ureteren, des Nierenbeckens und der Blase aus dem Kreise seiner Beobachtungen aus, weil die an und für sich seltenen Affektionen als Abnormitäten meist bei der Obduktion festgestellt und beschrieben sind. In der Harnröhre finden sich alle drei Phasen des luetischen Prozesses: der Primäraffekt, die Effloreszenzen des papulösen Stadiums und die Erscheinungen der gummösen Syphilis, wie v. Z. durch angeführte Beispiele erhärtet. Ferner findet sich beim Manne ein syphilitischer Präputialkatarrh, dessen Diagnose nur zu ermöglichen ist durch das Vorhandensein anderer syphilitischer Erscheinungen, insbesondere von Roseolaeffloreszenzen an der Eichel; der Verlauf dieses spezifischen Katarrhs ist gelinder wie der der Balanoposthitis, er erzeugt keine phlegmonöse Schwellung des Präputiums oder der Haut des Penis, ruft auch keine akute Entzündung des dorsalen Lymphgefäfses hervor. Die Sekretion aus dem Präputialsack ist gering. Beim Weibe kommt ein luetisches Erythem der Vulva vor, welches bei mäfsiger Rötung der Schleimhaut und bei geringer Sekretion doch oft zur ödematösen Schwellung der grofsen und kleinen Schamlippen führt und eine katarrhalische Rötung der Vulva veranlafst. Erosionen an Vulva und Vagina wie an der Eichel und innerem

Vorhautblatt können zur Verwechselung mit Primäraffekten führen. Papeln am männlichen wie weiblichen Genitale sind häufig. Gummen finden sich nur am inneren Präputialblatt, an der Schleimhaut der beiden Labien, sowie an der unteren Scheidenkommissur. An der Portio vaginalis sind sie selten und schwer — nur ex juvantibus zu diagnostizieren. Am Penis und Skrotum können alle Formen der Syphiliseffloreszenzen auftreten. Am harten unterscheiden wir eine einfache Orchitis luetica und eine Orchitis gummosa; Nebenhoden und Vas deferens erkranken selten; in einem Falle sah Z. Vereiterung des luetisch erkrankten Samenstranges; syphilitische Erkrankungen der Samenbläschen und der Prostata sind bisher nicht beobachtet. Bei Frauen kommt gummöse Oophoritis und Salpingitis vor; auch gummöse Knoten des oberen Uterinsegments, welche zerfallen, kommen vor. Spätsyphilis des Uterus charakterisiert sich durch Metrorrhagien, welche nach Spinelli auf Endarteriitis luetica zurückzuführen sind. Die Behandlung der spezifischen Urethralerkrankungen bei Mann und Weib muſs in erster Linie in einer antiluetischen Allgemeinbehandlung bestehen, erst in zweiter Linie kommt die lokale Behandlung in Frage.

Putzler-Danzig.

Cylinderförmiges Syphilom der Harnröhre, von J. Joly. (*Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège.* Okt. 1905.) Tertiäre Erscheinungen an der Harnröhre gehören zu den Seltenheiten. Fournier hat seiner Erklärung nach nur 19 derartige Fälle unter 151 tertiären Affektionen des Gliedes beobachtet. Joly berichtet von einem 48jährigen Patienten, der sich Ende der achtziger Jahre einen Chancre mixte zugezogen hatte.

Im Jahre 1891 und 1892 stellte sich, ohne daſs Patient seine Frau hintergangen hätte, ein gelblichbräunlicher Ausfluſs ein, den manche Ärzte irrigerweise für eine Blennorrhoe hielten.

Es trat nun eine Reihe von Erscheinungen auf, die auf Hirnsyphilis hinwiesen. Diesen Symptomen folgte ein Schlaganfall mit Bewuſstseinsverlust. Die Extremitäten blieben fünf Jahre lang gelähmt; dann trat nach verschiedenen Kuren im Jahre 1899 Heilung ein.

Während der Gehirnerscheinungen nahm der Harnstrahl immer mehr ab, die Schwierigkeit zu urinieren zu, der Ausfluſs persistierte. Die Untersuchung wies eine Harnröhrenverengerung nach; da sich Patient selbst ohne die nötigen Vorsichtsmaſsregeln katheterisierte, trat sehr bald ein Blasenkatarrh ein. Die Verschlimmerung des Zustandes nötigte den Kranken, am 21. März 1905 in das Hospital einzutreten. Das Urinieren geht schwierig vor sich; der Urin ist trübe. Die Schmerzen sind in ihrer Intensität wechselnd.

Erst wurde eine blennorrhoische Striktur angenommen, bald aber eine syphilitische, um derentwillen Jodkalium gegeben und urethotomiert wurde; danach konnte Metallkatheter Nr. 20 eingeführt werden. Die Verengerung kehrte aber bald wieder, und die Untersuchung ergab, daſs die Harnröhre wieder eng und rigide und daſs hinter einem harten, schmerzlosen Ringe eine schmerzhafte, ringförmige Anschwellung war.

Der Mifserfolg aller therapeutischen Versuche bestärkte J. in seiner Annahme, daſs die Affektion syphilitischen Ursprungs sei, immer mehr. Endlich willigte der Kranke auch ein, sich mit Hg behandeln zu lassen. Er erhielt anfangs alle acht Tage eine Kalomelinjektion, dann solche von 0,10 salicylsaurem Hg. Abgesehen davon, daſs Patient eine wesentliche Besserung in seinem Allgemeinbefinden wahrnahm, war er am Ende der Kur imstande, $2^1/_2$ m weit zu urinieren.

Das Kaliber der Harnröhre war infolge der Resorption des entzündlichen Gewebes vorteilhaft verändert und lieſs eine Kugelsonde Nr. 18 einführen. Die Besserung hielt an, nur konnte man mit der Dicke der Sonde nicht höher gehen, da eine sehr resistente Bindegewebsmasse zurückblieb.

Arthur Rahn-Berlin.

Über einen Fall von frühzeitiger syphilitischer Nephritis mit Hydroperikard, von Verrotti. (*Giorn. internas. d. Sc. med.* 1906. Nr. 2.) Diese mit Hydroperikard komplizierte, sehr rasch verlaufende Nephritis war bereits im zweiten oder dritten Monat nach der Infektion aufgetreten. Die Heilung wurde erzielt mittels Sublimatinjektionen (im ganzen 16). *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Kongreß der dermatologischen Gesellschaft zu Bern, 12.—14. September.

Angemeldete Vorträge und Demonstrationen.

Syphilis.

1. Neisser, A. (Breslau). Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung.
2. Kraus, R., und Volk, R. (Wien). Experimentelle Studien über lokole Immunität bei Syphilis, Vaccine und Tuberkulose.
3. Spitzer, L. (Wien). Ätiologische Therapie der Syphilis.
4. Finger, E. (Wien). Mitteilungen über Syphilisimmunität.
5. Scherber (Wien). Zu Siegels Syphilisimpfungen.
6. Blaschko, A. (Berlin). Immunität und Superinfektion bei Syphilis.

---

7. Hoffmann, E. (Berlin). Über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis.
8. Buschke und Fischer (Berlin). Weitere Erfahrungen über Spirochaeta pallida.
9. Herxheimer, C. (Frankfurt a. M.). Lues maligna und Spirochaeta pallida.
10. Blaschko, A. Demonstrationen zur Kenntnis der Spirochaeta pallida.
11. Doutrelepont und Grouven (Bonn). Ergebnisse in der Ätiologie der Syphilis (Spirochaeta pallida).
12. Buschke, A. Mikroskopische Demonstrationen aus dem Gebiete der Syphilidologie.
13. Bruhns, C. (Berlin). Über Gefäßveränderungen bei kongenitaler Syphilis.
14. Lebet, A. (Bern), Hg-Reaktion bei tertiärer Syphilis.
15. Freund, L. (Wien). Die Resorption von intramuskulär injizierten Quecksilberpräparaten. (Aus der Klinik Prof. Finger, Wien.)
16. Stein (Görlitz). Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Ausstrich und im Gewebe.

Venerische Krankheiten usw.

17. Róna, S. (Budapest). Demonstration von Spirochaeten im Gewebe der Noma, der Nosokomialgangrän, des Ulcus gangraenosum genitalium und der Pulmonalgangrän.
18. Scherber (Wien). Über Balanitis erosiva und gangraenosa.
19. Neuberger (Nürnberg). Eiterstudien an blennorrhoischen Sekreten.
20. Neuberger (Nürnberg). Zur Prophylaxe der Epididymitis blennorrhoica.
21. Schindler (Breslau). Zur Behandlung der Epididymitis blennorrhoica.
22. Schäffer, J. (Breslau). Über Epididymitis bei Urethritis non blennorrhoica.
23. Bettmann (Heidelberg). Hauterscheinungen bei Harnröhrenerkrankungen.
24. Hübner (Frankfurt a. M.). Über Röntgenbehandlung bei Bubonen.
25. Wildbok, H. (Bern). Malakoplakie der Blase. (Demonstration.)
26. Freund, L. (Wien). Zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

Dermatologie.

27. Buschke, A. (Berlin). Pseudosclerema. (Demonstration.)
28. Buschke, A. (Berlin). Zur Physiologie des Hautpigments.
29. Gross, S. (Wien). Demonstration histologischer Präparate, eine bisher noch nicht beschriebene Hautkrankheit betreffend.
30. Galewsky (Dresden). Dermatomyome. (Demonstration.)
31. Galewsky (Dresden). Fall zur Diagnose. (Demonstration.)
32. Heidingsfeld, M. L. (Cincinnati). Klinische und pathologische Bemerkungen über Paraffinprothesen. (Mit Demonstrationen.)
33. Pfeiffer, H. (Graz). Experimentelle Studien über den Verbrennungstod.
34. Fabry, J. (Dortmund). Blastomykosis universalis der Haut.
35. Fabry, J. (Dortmund). Lymphangiectasia scroti.
36. Fabry, J. (Dortmund). Multiple Riesenzellensarkome beim neunmonatlichen Kinde.
37. Heuss, E. (Zürich). Porokeratosis Mibelli. (Mikroskopische Demonstration.)
38. Heuss, E. (Zürich). Über multiple Gesichtsnaevi:
    a) sog. Adenomata sebacea,
    b) Trichoepithelioma (Jarisch),
    c) Cystepithelioma (Hidradenom).
    (Mit Demonstrationen.)
39. Heuss, E. (Zürich). Über umschriebene und diffuse „idiopathische" Hautatrophie. (Mit Demonstrationen.)
40. Heuss, E. (Zürich). Die Beziehungen der Hautkrankheiten zur modernen Kranken- und Unfallversicherung (mit spezieller Berücksichtigung der deutschen und schweizerischen Gesetzgebung).
41. Heuss, E. (Zürich). Krankendemonstrationen.
42. Dind, E. (Lausanne). Thema vorbehalten.
43. Dind, E. (Lausanne). Krankendemonstrationen.
44. Huber, A. (Budapest). Die Verteilung des Lupus vulgaris in Ungarn auf Grund statistischer Daten.
45. Pinkus (Berlin). Über traumatischen Haarausfall.
46. Neisser (Breslau). Demonstration von Moulagen und Präparaten aus der Breslauer Klinik.
47. Jacobi (Freiburg). Fall zur Diagnose. (Demonstration.)
48. Doutrelepont (Bonn). Krankendemonstration.
49. Grouven (Bonn). Lymphangioma scroti.
50. Klingmüller (Kiel). (Demonstration.)
    Mikroskopische Demonstration.
51. Lebet (Bern). Hemiatrophia faciei und Sklerodermie. (Demonstration.)
52. Lewandowski (Bern). Demonstration von Hauttuberkulose bei Tieren und von Tuberkelbazillenkulturen aus Lupus.
53. Tièche (Bern). Über „blaue Naevi".
54. Brunner (Bern). Demonstration von Glykogen in der Haut.
55. Stein (Görlitz). Erfahrungen über Radiumbehandlung.
56. Arning, E. (Hamburg). Behandlung des Lidrandekzems, der Hordeoli und Chalazien.
57. Demonstration von Kranken und Präparaten aus der Berner Klinik.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 5. 1. September 1906.

Aus der Poliklinik des St. Lazarus-Hospitals und dem pathologisch anatomischen Laboratorium des jüdischen Krankenhauses in Warschau.

Die DARIERsche Krankheit (sog. Psorospermosis follicularis vegetans).

Von

FELIX MALINOWSKI,
poliklinischer Arzt im St. Lazarus-Hospital in Warschau.

(Mit zwei Figuren im Text und zwei Tafeln.)

Die DARIERsche Krankheit war vor der Veröffentlichung DARIERS und seines Schülers THIBAULT (1889) unter verschiedenen Namen beschrieben, und zwar als Hypertrophia systematis sebacei (LUTZ); Ichthyosis vel keratosis sebacea (E. WILSON, G. ELLIOT); Acne corneum (GUIBOUT); Keratosis vel Ichthyosis follicularis (LESSER, MORROW, NEELY, WHITE).

DARIER entdeckte bei der mikroskopischen Untersuchung der Efflorescenzen seiner beiden Kranken eigenartige Körnerbildungen und runde Körper (grains et corps ronds) und hielt dieselben für Psorospermien; er bezeichnete daher das Hautleiden dieser Kranken als „Psorospermosis".

Fast gleichzeitig mit DARIER schilderte WHITE in Amerika einen ähnlichen Fall unter dem Namen Keratosis follicularis. Als WHITE ferner einen zweiten Fall dieses Leidens zur Beobachtung bekam (die Tochter des ersten Patienten), gelangte er zu der Überzeugung, dafs er mit der von DARIER als „Psorospermosis follicularis vegetans" beschriebenen Krankheit zu tun hatte.

Die von BOWEN vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Efflorescenzen der WHITEschen Patienten liefs in ihm Zweifel über die psorospermotische Natur der Körner und runden Körper (grains et corps ronds) aufkommen, da diese Bildungen Eleidin enthielten. Kurz darauf bestätigte BOECK auf Grund mikroskopischer Untersuchungen bei

seinen vier Kranken den von BOWEN geäufserten Zweifel und kam zu dem Schlufs, dafs die vermeinten Psorospermien infolge von regressiven Metamorphosen innerhalb der Epithelzellen entstanden waren.

Die DARIERsche Krankheit ist eine verhältnismäfsig seltene Krankheitsform. Wenn wir von einigen Fällen absehen, die auf ärztlichen Sitzungen, ohne eine weitere Bearbeitung und Bestätigung zu erfahren, demonstriert wurden, können wir folgende Autoren zitieren, die unzweifelhafte Fälle von DARIERS Krankheit beobachtet haben: 1. DARIER und THIBAULT (zwei Fälle), 2. WHITE (zwei Fälle), 3. EUTHYBUL, 4. BOECK (vier Fälle), 5. BUZZI und MIETHKE, 6. BUZZI und SCHWENINGER, 7. BULKLEY, 8. LUSTGARTEN, 9. PAWLOW (zwei Fälle), 10. PETERSEN, 11. FABRY, 12. MOUREK (aus der Klinik von JANOVSKY), 13. RILLE, 14. HALLOPEAU, 15. BOWEN (zwei Fälle), 16. GAUCHER, 17. ZELENEW, 18. EMERY, GASTON und NICOLAU, 19. HALLOPEAU und FOUQUET, 20. SCHWABE (JACOBI, LESSER), 21. GEISSLER, 22. EHRMANN, 23. CASPARY, 24. NEKAM, HUBER, 25. ORMEROD, MAC LEOD, 26. MANSUROW, 27. DANLOS, DOBROVICI und RENAULT, 28. AUGAGNEUR und CARLE, 29. AUDRY und DALOUS, 30. MAXIMILIANO ABERASTURY, 31. FASAL, 32. BOUKOVSKY.

Die DARIERsche Krankheit ist ein exquisit chronisches Leiden: es erscheint unmerklich, breitet sich langsam, ohne den Organismus ernstlich zu schädigen, aus, ist aber unheilbar. Nicht bei allen Kranken indessen ist der Verlauf so typisch. Bei der von EUTHYBUL aus Konstantinopel beobachteten Kranken trat plötzlich infolge einer starken Gemütsbewegung während der Menstruation eine reichliche Eruption auf. Der Ausschlag bei dem Kranken von BULKLEY brach ebenfalls ziemlich plötzlich aus, und zwar nach einer kurzen, durch Erkältung verursachten Krankheit. In GAUCHERS Falle trat das Leiden zweimal auf. Als der Kranke bei GAUCHER um Rat nachsuchte, hatte er schon einmal vor $3^1/_2$ Jahren an einem Exanthem gelitten, das sechs Monate anhielt und dann spurlos von selbst verschwand. Dem Aussehen und der Lokalisation nach soll dieser Ausschlag mit dem späterhin als DARIERsche Krankheit bezeichneten identisch gewesen sein. EMERY, GASTON und NICOLAU beschreiben eine Kranke, die seit dem zehnten Lebensjahr eine für die sog. Psorospermosis follicularis vegetans typische Eruption auf den Händen und Vorderarmen besafs. Aufserdem bekam dieselbe Kranke fast alljährlich zu verschiedenen Jahreszeiten und unter den verschiedensten Einflüssen plötzlich einen häufchenförmig auftretenden Ausschlag, der beinahe über den ganzen Körper verbreitet war und dem permanenten Ausschlag vollkommen ähnlich war. Diese neuen Effloreszenzen bestanden durchschnittlich zwei Monate und verschwanden von selbst. Eine dieser häufchenartigen Eruptionen, von gröfserer Ausbreitung als die anderen, dauerte vier Monate, ohne eine Tendenz zu selbständiger Heilung zu zeigen,

was die Kranke veranlafste, sich ärztlichen Rat im St. Louis-Hospital zu holen. Boukovskys Kranker hatte ebenfalls ein Jahr vorher einen Ausschlag gehabt, der dem Aussehen und der Lokalisation nach dem später beobachteten ähnlich war und laut seiner Angabe in Toeplitz im Hospital geheilt worden sein soll.

Die Darierſche Krankheit beginnt am häufigsten am Gesicht, am behaarten Teile des Kopfes, in der Lenden- und Gesäfsgegend. Das Leiden kann jahrelang in demselben Entwickelungsstadium bestehen. Bei einem Kranken von Darier waren sogar viele Jahre nach Beginn der Krankheit noch keine Effloreszenzen am Rumpfe zu bemerken. Bei Bowens Patienten waren nach sehr langem Bestehen der Krankheit auch nur Kopf und Hände ergriffen.

Auf die Darierſche Krankheit übt weder Geschlecht noch Alter des Kranken oder seine Lebensweise einen Einfluſs. In Whites Fall begann das Leiden im fünften bis sechsten Lebensjahre; in Pawlows Fall in den ersten Lebensjahren und im Falle Buzzi und Miethke sogar einige Wochen nach der Geburt; im Gegensatz zu diesen Fällen beginnt die Krankheit in Hallopeaus Fällen erst im 61. Lebensjahre.

In gewissen Fällen scheint die Darierſche Krankheit erblich gewesen zu sein. Die Kranken von Pawlow, Bowen und Schwabe behaupteten, ihre Mütter hätten an ähnlichen Exanthemen gelitten. Die Kranke Emerys, Gastons und Nicolaus betrachtete ihren Ausschlag dem Aussehen und der Lokalisation an den Händen und Vorderarmen nach als einen ererbten, da ihre Mutter, Tante und eine der Schwestern von demselben Leiden befallen waren. Boeck beobachtete einen Vater mit zwei Söhnen und White Vater und Tochter, die an der Darierſchen Krankheit litten. Ehrmanns Patient war der Sohn des von Mourek und Janovsky beschriebenen.

Es ist kaum anzunehmen, daſs die Darierſche Krankheit durch Ansteckung sich auf die Nachkommenschaft übertrage, da die von mehreren Forschern in dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen immer negativ ausfielen. Auch White beobachtete bei der Tochter seines Patienten schon im fünften bis sechsten Lebensjahre einen Ausschlag, obwohl sie nicht mit dem Vater zusammen lebte. Gegen die Möglichkeit einer direkten Vererbung der Darierſchen Krankheit spricht besonders das späte Auftreten des genannten Leidens bei Personen (in Ehrmanns Falle im 21. Lebensjahre), deren Eltern ebenfalls an dieser Krankheit litten. Es ist eher anzunehmen, daſs die Kinder eine gewisse Prädisposition für die Darierſche Krankheit erben, und daſs diese erst unter dem Einflusse gewisser Noxen zur Entwickelung gelangen kann.

Die Darierſche Krankheit tritt auf der Haut, an den Nägeln und auf den Schleimhäuten auf.

Prof. JANOVSKY gibt an der Hand von zwei Fällen aus seiner Klinik, wie auch auf Grund der Literatur — hauptsächlich der deutschen — eine ausführliche Beschreibung dieser Krankheit in MRAČEKS Handbuch der Hautkrankheiten, die ich hier kurz resümieren will.

Die Krankheit beginnt mit einer linsengroſsen Rötung, die vorübergehend ist oder konstant bleibt.

An solchen geröteten Stellen entstehen allmählich die eigentlichen Effloreszenzen in Form von kegelartigen oder leicht abgeplatteten, stecknadel- oder linsengroſsen Knötchen, die hart sind und sich nur wenig über die Oberfläche der Haut erheben; jede Effloreszenz hat an ihrer Oberfläche eine hornartige, trockene, fest anhaftende Schuppe von gelber bis grauer Farbe.

Beim Ablösen der Schuppe sehen wir, daſs sie tief in der Haut sitzt (nach ihrer Ablösung bleibt ein Grübchen). Die Ränder der Vertiefung sind etwas erhaben, und der Boden ist mit Epithel ausgekleidet. Die Effloreszenzen lokalisieren sich sowohl in den Haarfollikeln, als auch in den normalen Hautfurchen und in den Vertiefungen der Schweiſsdrüsen.

Durch Verfettung wird die Schuppe weicher, brüchiger und sogar schmierig.

Mit der Zeit vergröſsern sich die Effloreszenzen und flieſsen zusammen, indem sie eine glatte und gefurchte oder auch ganz unebene, warzige Oberfläche bilden.

An Stellen, die einer beständigen Reizung durch Schweiſs, normale und pathologische Sekrete usw. ausgesetzt sind, entwickeln sich warzige Wucherungen, die eine beträchtliche Gröſse erreichen können. Sämtliche Herde sind rötlich-braun pigmentiert.

Die Nägel unterliegen oft einer Verdickung, grauer Verfärbung und Längsfurchung. Häufig findet bei dieser Krankheit eine gesteigerte Schweiſsabsonderung statt, wie auch Schwellung der Lymphdrüsen, mäſsiges Jucken und Brennen.

Die Lokalisation der DARIERschen Krankheit entspricht derjenigen bei Ekzema seborrhoicum; befallen werden: Gelenkbeugen (besonders axillare und inguinale), Nabel, Brustbein, Seitenflächen der Brust, Kreuz, die Analgegend, die behaarte Kopfhaut, besonders die Hinterfläche, die Nasenflügel und die Nasolabialfurchen. Auſserdem tritt die Affektion am Skrotum, an der Dorsalseite der Hände und Finger auf. An dem Handteller beobachtete DARIER die Effloreszenzen in Form von gelblichen Knötchen, PAWLOW und JARISCH dagegen als hornartige Gebilde.

AUDRY und DALOUS schildern das Zustandekommen der Effloreszenzen etwas anders als JANOVSKY. Ursprünglich entsteht eine äuſserst kleine Erhabenheit, etwa von der Gröſse einer Stecknadelspitze, kleiner als ein

Lichenknötchen, die nur bei Tageslicht sichtbar, trocken und glänzend erscheint. Die Effloreszenzen sind auf der gesunden Haut zerstreut, von der sie hinsichtlich der Färbung nicht zu unterscheiden sind.

Die Schleimhäute sind sehr häufig bei der Darierschen Krankheit afiziert. White, Euthybul und Nekam haben bei ihren Kranken weifse Pünktchen an der Gaumenschleimhaut beobachtet. Fabry, Hallopeau, Audry und Dalous sahen Haarzunge. In seltenen Fällen war eine Hypertrophie der Lippenschleimdrüsen notiert.

Die erste pathologisch-anatomische Untersuchung der Effloreszenzen stammt von Darier selbst, der, wie schon erwähnt, die runden Körper und Körner irrtümlicherweise für Parasiten hielt. Die Arbeiten der späteren Forscher, wie Bowen, Boeck, Buzzi, Miethke, Petersen, Fabry, Mourek, Pawlow, Geisler, Audry, Dalous u. a. geben uns genügende Aufklärung über die Natur dieser Gebilde und über die Veränderungen, welche im Gewebe zu stande kommen.

Die einzelnen Effloreszenzen entstehen hauptsächlich infolge einer übermäfsigen Bildung von Hornmassen und einer spezifischen Dyskeratose im Stratum spinosum.

Die Gewebsveränderungen bestehen in einer abnormen Verhornung — dieser Prozefs ist schon am Stratum spinosum wahrzunehmen (Parakeratosis) — und in einem teilweisen oder totalen Schwunde gewisser Zellen des Stratum spinosum (Acantholysis). Manche Autoren, wie Boukovsky, nehmen aufserdem eine Epithelwucherung auf Kosten der Cutis an (Acanthosis). Darier — in seinen ersten Publikationen — ferner White, Lustgarten und Bowen behaupteten, dafs die Effloreszenzen in den Follikeln zu stande kommen. In der letzten Zeit gibt Darier zu (La Prat. Derm.), dafs der Prozefs nicht ausschliefslich in den Talg- und Schweifsdrüsen lokalisiert ist, obwohl er nur die follikularen Effloreszenzen für typische anerkennt. Zu erwähnen sind ferner die Untersuchungen von Buzzi, Miethke, Petersen, Mourek, Pawlow, Geissler, Schwabe, Ormerode, die häufig Effloreszenzen unabhängig von den Drüsen beobachtet haben; im Falle Audrys und Dalous entsprachen die Effloreszenzen niemals den Follikeln.

Die anatomisch-pathologischen Veränderungen in der Darierschen Krankheit können nach den Daten der Literatur folgendermafsen geschildert werden: Das Stratum corneum ist verdickt; seine Struktur ist verändert: zwischen den normalen kernlosen Hornplatten erscheinen Körner und runde Körper mit schwach gefärbtem Kern.

Das Stratum granulosum kann verdickt sein oder aber im Gegenteil vollkommen fehlen. Anstatt der gewöhnlichen drei Zellreihen können fünf bis sechs Reihen vorkommen. Dann ist auch gewöhnlich eine Formveränderung der Zellen sichtbar: sie sind runder, gröfser, haben intensiver

ausgeprägte Körnelung (PAWLOW). Beim Fehlen des Stratum granulosum findet sich das Keratohyalin an den verschiedensten Stellen des Stratum spinosum, sowohl in einzelnen Zellen verstreut, wie auch in Zellgruppen. Die Bildung des Keratohyalins geht also weiter vor sich. BOECK nimmt an, dafs im Stadium der Effloreszenzbildung das Stratum granulosum sich ursprünglich verdickt und erst bei weiterer Entwickelung der Effloreszenzen dünner wird oder vollständig verschwindet.

Das Stratum spinosum nimmt nach BOUKOVSKY an Volumen gleichmäfsig zu, wobei eine Verlängerung der Epithelzapfen und die Bildung von sekundären Fortsätzen zu bemerken ist (Acanthosis). In manchen Effloreszenzen nimmt diese Schicht unter den Hornmassen ab.

Im Stratum spinosum gewahren wir einzeln oder gruppenweise gelagerte Gebilde, die als runde Körper und Körner bezeichnet werden (corps ronds et grains), wie auch freie Räume (Lacunen). Nach der Beschreibung von DARIER variieren die runden Körper in ihrem Aussehen; einige unter ihnen besitzen nur eine glänzende Membran, in anderen sieht man in ihrer Mitte, konzentrisch zu der ersten eine zweite Membran, in gewisser Entfernung von einem zentralen Kerne oder denselben berührend. Zwischen den Membranen ist körniges oder radiäres, radspeichenartig gruppiertes Protoplasma sichtbar. Die histochemische Reaktion der Membranen ist der Keratinreaktion ähnlich, oft sogar mit derselben identisch. Die runden Körper sind somit Zellen, die eine vorzeitige, unvollkommene und unregelmäfsige Verhornung eingegangen sind. Die Körner wurden von einigen Autoren nicht erwähnt, von anderen nur ungenau beschrieben. Sie sollen nach den letzteren durch unregelmäfsige Zellverhornung zustande gekommen sein und entweder von den runden Körpern oder direkt von den Zellen des Stratum spinosum abstammen (DARIER). Körner und runde Körper sind nicht immer zusammen zu treffen. Die Lakunen zwischen den Zellen des Stratum spinosum werden beinahe von sämtlichen Autoren für ein beständiges Symptom der DARIERschen Krankheit angesehen. Sie sind von unregelmäfsiger Gestalt und nicht scharf abgegrenzt. Über ihre Entstehungsweise variieren die Ansichten der Autoren. BOECK erklärt ihre Entstehung durch Zerreifsung der interzellularen Verbindungen infolge von vorzeitiger Verhornung. BUZZI und MIETHKE fanden in diesen Lakunen Fibrin, Lymphoidzellen und Blutfarbstoff; demnach spielte sich hier ein exsudativer Prozefs ab. Nach MOUREKS Ansicht sollen die Lakunen durch Koagulationsnekrose zustande kommen. PETERSEN und FABRY wollen darin ein Kunstprodukt sehen, da die in Alkohol fixierten Präparate gröfsere Lakunen besitzen, als die in FLEMINGscher Flüssigkeit oder in Sublimat fixierten. DARIERS Ansicht über die Lakunenentstehung ist folgende: die Zellen haben ihre Stacheln eingebüfst, einige der Zellen haben sich in runde Körper und Körner verwandelt, während

andere nekrotisieren und verschwinden (Acantholysis) mit Hinterlassung von fibrinösen und schleimigen Fäden, die in den auf diese Weise gebildeten Lakunen frei schwimmen.

Das Stratum basale ist fast vollkommen normal; es ist darin weder eine unregelmäfsige Verhornung noch Zellenatrophie zu bemerken. Die intensive Zellvermehrung in dieser Schicht findet in einer reichlichen Mitosenbildung ihren Ausdruck (DARIER). Pigment ist im allgemeinen in allen Schichten des Epithels bis zum Stratum corneum reichlich vorhanden; fehlen kann es nur in den mittleren Teilen der Effloreszenz (DARIER).

In der Cutis sind die Veränderungen nicht sehr ausgesprochen: die Papillen sind nach DARIER in die Länge gezogen und dicht nebeneinander gruppiert; eben wegen der übermäfsigen Wucherung der Papillen hat DARIER der Krankheit die Bezeichnung „vegetans" beigelegt. Andere Autoren haben hingegen an diesen Stellen entweder eine unbedeutende Verlängerung der Papillen oder gar eine Verkleinerung derselben bemerkt; eine Papillenwucherung war nur an den Stellen wahrzunehmen, die einer Reizung ausgesetzt waren (z. B. durch Faeces, Schweifs) und klinisch als Vegetationen auffielen.

Die entzündlichen Veränderungen in der Cutis sind nicht sehr bedeutend. Das Bindegewebe enthält reichlich fixe Bindegewebszellen, Leukocyten, Mast- und Pigmentzellen; die Infiltration überschreitet die nächste Umgebung der Gefässe nicht.

In dem seit einem Jahre von mir beobachteten Falle war ein 17jähriges Mädchen von jüdischer Herkunft mit der DARIERschen Krankheit belastet. Das Exanthem hatte sich schon im ersten Lebensjahre der Patientin, wahrscheinlich kurz nach der Geburt, gezeigt. Das Fortschreiten des Ausschlages geht ungemein langsam vor sich; er verursachte der Kranken nie grofse Beschwerden, häufig nur etwas Jucken. Am allgemeinen hat sich die Patientin — physisch und psychisch — stets einer guten Gesundheit erfreut. Die Effloreszenzen sind durchschnittlich stecknadelkopfgrofs, doch bekommt man auch weit gröfsere, wie auch viel kleinere zu Gesicht. Die Effloreszenz besteht aus einem meist runden Pfropf, der von einem kleinen, normal gefärbten Wulst umgeben ist; der Pfropf sitzt ziemlich tief in den Wulst und ist fest angewachsen. Nach der Entfernung des Pfropfes beobachtet man eine kraterartige Vertiefung mit nicht nässender Oberfläche. Die Gröfse und Konsistenz der Pfropfe ist verschieden, weshalb auch das Aussehen der Effloreszenzen selbst variiert. Im Zentrum der Herde sind die Pfropfe grofs, oft fett und brüchig. An vielen Stellen sind um die grofsen Pfropfe keine Wulste mehr zu sehen. Beim Zusammenfliefsen bilden die Effloreszenzen Plaques, die mit einer graubraunen, ziemlich brüchigen, hornartigen Masse, wie mit

einem Schorf bedeckt sind. An den vom Zentrum des Herdes etwas entfernteren Stellen sind die Pfropfe hart, kleiner, von gelbgrauer bis schwarzer Farbe und oft glänzend. Der diese Pfropfe umgebende kleine Wulst ist erhabener. In gröfserer Entfernung von den Herden sind die Effloreszenzen kleiner; allein sogar in den allerkleinsten ist noch ein grauer Pfropf zu sehen. Am ausgeprägtesten kommt dies auf der weifsen, zarten Haut der Ellenbogenbeuge zum Ausdruck; ganz am Rande des Herdes sieht man sehr kleine, vollkommen Comedo ähnliche Effloreszenzen, es sind dies äufserst kleine Erhabenheiten der normalen Haut mit einem dunklen Pünktchen im Zentrum. Die allerkleinsten Effloreszenzen sind von der Gröfse einer Stecknadelspitze und nur mit der Lupe zu entdecken (Fig. 1).

Die Eruption lokalisiert sich am Halse, Rumpfe und an den Extremitäten. Die Effloreszenzen gruppieren sich meist schnur- oder bandartig, ziemlich symmetrisch zu beiden Seiten des Körpers, obwohl im oberen Teil die rechte Körperhälfte stärker befallen ist.

Fig. 1.

Die Haut der Wangen, der Stirn, der Nase und des Kinns ist fett, mit zahlreichen Komedonen besäet, leicht gerötet, seborrhoisch. Die rechte Halshälfte ist ganz vom Ausschlag eingenommen und zwar von der vorderen bis zur hinteren Mittellinie. Vom Halse schreitet der Ausschlag in Form eines breiten Bandes über das rechte Schultergelenk bis in die Achselhöhle fort. An der linken Halshälfte ist die Eruption kleiner und erreicht vorn und hinten die Mittellinie nicht. Die Haut ist am Halse leicht gerötet, weshalb auch die kleinen Wulste an jenen Stellen rötlich erscheinen. Über der rechten Axilla vorn und hinten, wie auch unter der Axilla gruppieren sich die Effloreszenzen in 6—10 Zentimeter lange Streifen. Vom hinteren Axillarrand zieht ein etwa $1^1/_2$ Zentimeter breites Effloreszenzenband längs der unteren Schulterblattoberfläche hin und endet drei Zentimeter vor der Wirbelsäule. Von dem Bande oberhalb des rechten Oberarmes beginnt ein Effloreszenzenstreifen, der sich an der Beugeseite bis zum carpo-metacarpalem Gelenk hinzieht; dieser Streifen ist nicht so gleichmäfsig wie die früheren. In der Mitte des Vorderarmes und Oberarmes besteht er aus wenigen sehr kleinen Effloreszenzen, während er in der Ellenbogenbeuge breiter wird und auch die Effloreszenzen selbst gröfser sind und zahlreicher auftreten. Den Schluſs

des Streifens bilden flache hellergroſse, dem Aussehen nach den Verrucae planae ähnliche Effloreszenzen. An der Streckseite dieser Extremität beginnt oberhalb des Ellenbogens ein zweiter Streifen, der bis zum Nagel des Zeige- und Mittelfingers und bis zum zweiten Gliede des vierten und fünften Fingers hinzieht. Die affizierten Stellen an der Dorsalseite der Finger erinnern ebenfalls an die Verrucae planae (Fig. 2).

Die Nägel sind vollkommen normal.

Die linke obere Extremität besitzt an der Dorsalseite nur einen unbeträchtlichen Effloreszenzstreifen über dem Schultergelenk und einen ebenfalls kleinen Verrucae planae ähnlichen Streifen an der Dorsalseite der Hand. An der Ventralseite derselben Extremität bemerkt man einen Streifen, der in jeder Hinsicht dem an der rechten Extremität geschilderten ähnlich ist, nur daſs er etwas weiter unten, nämlich oberhalb der Ellenbogenbeuge, beginnt.

Die unteren Extremitäten sind intensiver als die oberen betroffen und ist das Verhältnis umgekehrt, d. h. die linke etwas mehr als die rechte.

Fig. 2.

An der linken unteren Extremität können wir mehrere Effloreszenzstreifen unterscheiden. Der eine läuft von den Genitalien an der Innenseite der Hüfte herab, geht in der Kniegegend auf dessen Vorderfläche über, um auf der groſsen Zehe beim Nagel zu endigen, ähnlich wie an den Fingern der Hand. Auf der Auſsenfläche dieser Extremität oberhalb des Knies beginnt ein neuer Streifen, der auf den Fuſsrücken übergeht und bis zur kleinen Zehe reicht. Am meisten symmetrisch und am breitesten ist der dritte Streifen, der an der oberen Fläche des Gesäſses beginnt und am Fuſse, unterhalb der Achillessehne, endigt.

An der rechten unteren Extremität umfaſst der Ausschlag in der hinteren Partie das Gesäſs und zieht bis zur Sohle hin. Das Band setzt sich dem Anscheine nach aus einzelnen Streifchen oder Ästchen zusammen, die nach unten hinlaufen. Einer der Streifen bildet eine Art Abzweigung des früheren, geht auf die Vorderfläche des Knies über und verliert sich unterhalb desselben. An der Innenfläche fängt der Streifen oberhalb des

Knies an und reicht bis zum Innenknöchel. Von der Achillessehne zieht eine schmale Abzweigung bis zur kleinen Zehe hin.

Auf dem Rumpfe beobachtet man aufser dem schon oben beschriebenen Streifen längs des rechten Schulterblattes noch einige weniger symmetrisch verlaufende Streifen auf den Seitenteilen, längs den rechten Rippen. An den Brustwarzen befinden sich einzelne Plaques. Oberhalb des Nabels läuft nach beiden Seiten ein Streifchen hin. Etwa sechs zickzackförmige Streifen ziehen symmetrisch und parallel, doch überwiegend an der rechten Seite in der Lumbal- und Sakralgegend, vom Kreuz nach beiden Seiten hin.

Der Verlauf der Krankheit war äufserst chronisch. Die Entwickelung der Effloreszenzen ging ungemein langsam vor sich. Nachdem ich im Laufe eines Jahres sämtliche Effloreszenzen, die in den verschiedensten Entwickelungsstadien begriffen waren, untersucht hatte, kam ich zu dem Schlusse, dafs die Bildung und Entwickelung der Effloreszenzen folgendermafsen vor sich geht: am häufigsten erscheint in der Umgebung des Herdes ein kaum sichtbares Pfröpfchen, das seinem Aussehen nach den die Talgdrüsen verstopfenden Fettpfropfen ähnlich ist und sehr langsam wächst. Um den Pfropf herum hebt sich die Epidermis und bildet einen von der normalen Haut nicht zu unterscheidenden Wulst. Nach einer gewissen Zeit hört das Wachstum des Pfropfes auf und der sie umgebende Wulst geht allmählich zurück. Schliefslich fällt der Pfropf ab und hinterläfst eine rosagefärbte und dem Anscheine nach etwas zartere Haut.

Es mufs hinzugefügt werden, dafs die Entwickelung der Effloreszenzen nicht gleichmäfsig vor sich geht; sie können lange Zeit in einem bestimmten Entwickelungsstadium stehen bleiben. Die Veränderungen gehen an einigen Stellen rascher als an anderen vor sich.

Abgesehen von dem (nur noch im Falle Miethke und Buzzi notierten) äufserst frühen Auftreten der Krankheit bei meiner Patientin und von der Entwickelungsgeschichte der Effloreszenzen, wie ich eine ähnliche in den bisherigen Beobachtungen nicht gefunden habe, mufs ich noch hervorheben, dafs es mir nie gelungen ist, die Bildung von roten Flecken zu sehen, welche, wie es Janovsky haben will, den Effloreszenzen vorausgehen sollten. Sogar der den Pfropf umgebende Wulst ist nur gerötet, wenn die Haut überhaupt gerötet ist, z. B. am Halse infolge von Reizung durch einen engen Kragen. Vegetationen habe ich bei meiner Kranken nicht bemerkt.

Die Lokalisation der Effloreszenzen, wie auch die Art ihrer Gruppierung bietet viel Interessantes. Die Effloreszenzen gruppieren sich nämlich band- oder schnurartig, und ihr Verlauf entspricht ziemlich genau dem Verlauf der Nerven, besonders der Hautnerven. Die Gruppierung ist für beide Körperhälften ziemlich symmetrisch; immerhin ist in der oberen Körperhälfte (obere Extremitäten und Rumpf), die rechte mehr davon be-

troffen, während in der unteren Körperhälfte die linke Seite etwas mehr affiziert ist, als die rechte (untere Extremitäten).

Bei meiner Kranken habe ich die Effloreszenzen aus verschiedenen Körperteilen, vorwiegend aus der rechten oberen Extremität, und in ihren verschiedenen Entwickelungsstadien zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert. Die herausgeschnittenen Hautstücke wurden in Formalin fixiert und in üblicher Weise in Paraffin eingebettet. Die Schnitte waren 5—15 μ dick und wurden vorwiegend mit Haematoxylin und Eosin gefärbt; einige auch mit Tionin, Methylenblau und Eosin, Haematoxylin und Pikrinsäure, nach GRAMM und nach VAN GIESON.

Je nach dem Entwickelungsstadium der Effloreszenzen waren auch die mikroskopischen Bilder verschieden.

Unsere Darstellung wollen wir mit den allerjüngsten Effloreszenzen beginnen (Fig. I der Tafel II). In diesen Effloreszenzen sind in der Cutis keine Veränderungen zu bemerken. Die Basaltschicht der Epidermis ist ebenfalls unverändert.

Die pathologischen Veränderungen konzentrieren sich im Stratum spinosum. Vor allem fällt hier die Formveränderung vieler Zellen ins Auge und zwar ihre Abrundung, verbunden mit Verschwinden der Stacheln. Mit der Formveränderung geht gleichzeitig eine intrazelluläre Veränderung vor sich, die darin besteht, dafs sich um den Kern ein unfärbbarer Hof bildet, während das Protoplasma sich an der Zellenperipherie verdichtet. In der Struktur der Kerne gehen gleichfalls Veränderungen vor: ihr Inhalt bildet kein Chromatinnetz mehr, sondern eine stark färbbare homogene Masse. Mitunter wechselt auch die Lage des Kernes in der Zelle. Die homogene unfärbbare, oben erwähnte Substanz, umgibt den Kern nicht von allen Seiten, sondern nur zum Teil und drängt ihn an die Peripherie. Mit dieser durch Druck verursachten Lageveränderung ist häufig eine Deformation der Kerne verbunden, er wird platt gedrückt.

Die Keratohyalinschicht ist ebenfalls in den Effloreszenzen verändert; sie bildet keine aus drei bis vier Zellenreihen bestehende Zellenmasse mehr, sondern die Keratohyalinkörner sind ungleichmäfsig in sechs oder acht Zellenreihen über den Stachelzellen zerstreut; die Zellen selbst, die die Körner enthalten, sind gröfser als die normalen, wie aufgequollen und ihre Kerne sind den Zellkernen im Stratum spinosum ähnlich.

Die Epidermiszellen verlieren beim Übergang in das Stratum lucidum ihren Kern, ohne ihre Form zu verändern, ohne sich abzuplatten. In bezug auf das Stratum lucidum selbst ist zu bemerken, dafs es sehr undeutlich und häufig gar nicht auftritt, was einen plötzlichen Übergang in das Stratum corneum bedingt. Das Stratum corneum ist dicker als das normale.

Zu erwähnen ist noch, dafs die Lokalisierung und Intensität der

Veränderungen sehr verschieden ist. Mitunter sind es nur einzelne Zellen, die Veränderungen darbieten, dann wieder die Mehrzahl der Zellen usw.

Bei der weiteren Evolution der Effloreszenzen (Fig. II, Tafel II) treten die Veränderungen schärfer hervor.

Vor allem tritt in der Cutis eine kleinzellige Infiltration auf, hauptsächlich in der allernächsten Umgebung der Papillargefäfse. Ferner werden die Papillen selbst häufig dünner; oft ist die Verdünnung so bedeutend, dafs zwischen zwei benachbarten Epithelzapfen kaum noch eine Spur von Bindegewebe vorhanden ist. Die Effloreszenzen bedecken einen Raum, der ungefähr drei bis fünf Papillen der normalen Haut entspricht; um die Effloreszenzen herum sind die Papillen in die Länge gezogen, wodurch eben jener Wulst zustande kommt, den wir bei der klinischen Untersuchung um die Hornmassen der Effloreszenzen herum konstatieren.

Was nun die Epidermis in diesen Effloreszenzen betrifft, so sind die Veränderungen darin quantitativ wie qualitativ beträchtlicher. Quantitativ finden wir viel mehr umgestaltete Zellen, so dafs bisweilen an Stellen, wo die Papillen am intensivsten atrophiert sind, sogar die Basalzellen nicht verschont bleiben; qualitativ zeigt sich der Unterschied darin, dafs ein Teil der Zellen in Zerfall begriffen ist, und dafs die übrigen sich zu eigentümlichen „runden Körpern“ (corps ronds) umgestalten, die für eine spezifische Eigentümlichkeit der Darierschen Psorospermosis galten.

Der Zellzerfall beginnt mit dem Protoplasma, das sich in eine feinkörnige oder homogene Masse umwandelt, wodurch der Kern frei wird, der seinerseits bald seine Färbbarkeit einbüfst und verschwindet. Infolge des Zerfalles vieler Zellen entstehen zwischen den verschonten Zellen freie Räume, Lakunen, die feinkörnige Zerfallsprodukte enthalten. Bisweilen bleiben trotz dem körnigen Zerfall des Protoplasmas und dem Schwinden des Kerns die Zellkonturen, eventuell eine verdichtete Randschicht des Protoplasma, erhalten; an diesen Stellen macht die Epidermis den Eindruck eines Netzes, in dessen Maschen Detritusmassen enthalten sind; in den oberflächlichen, bereits in Keratohyalinisation begriffenen Schichten, erblicken wir neben den Detritusmassen eine geringere Anzahl von Keratohyalinkörnern, die bei späterem Zerfall jener netzbildenden Randschicht des Protoplasma frei zwischen den erhaltenen Zellen liegen bleiben.

Die Umwandlung der nicht dem Zerfall anheimfallenden Zellen in „runde Körper“ geschieht in der Weise, dafs der Kern sich schwächer färbt, sein Chromatinnetz undeutlich hervortritt und die Kernkörperchen häufig vergröfsert, wie aufgequollen erscheinen und sich ebenfalls schwächer färben; das Protoplasma hingegen ist wie verdichtet, es färbt sich immer intensiver und bildet schliefslich eine mehr oder minder dicke ringförmige Hülle um den Kern herum. In dem Protoplasmaringe sind häufig zwei

Schichten zu unterscheiden: eine äufsere sich stärker und eine innere sich schwächer färbende. Zwischen dem Kerne und dem Protoplasmaringe zeigt sich oftmals eine bald breitere, bald schmälere, mit vollkommen unfärbbarer Masse ausgefüllte Spalte.

In dem auf diese Weise gebildeten runden Körper kann der Kern total verschwinden, und dann umgibt der Protoplasmaring den farblosen, scheinbar freien Raum im Zentrum.

Da diese Umwandlungen auch Zellen betreffen, die schon Keratohyalinkörner einschliefsen, so treten letztere auch in den runden Körpern auf.

Auch in diesem Entwickelungsstadium der Effloreszenzen fehlt das Stratum lucidum entweder ganz oder tritt nur sehr undeutlich auf; das Stratum corneum hingegen ist noch dicker als früher.

Wenn nun die Effloreszenz in dieser Weise den Höhepunkt ihrer Entwickelung erreicht hat (Fig. III, Tafel III), bleibt sie eine gewisse, bisweilen ziemlich lange Zeit auf dieser Entwickelungsstufe stehen, worauf die endgültigen Veränderungen folgen (Fig. IV, Tafel III). Die Papillen verschwinden gänzlich, wenigstens in den mittleren Teilen der Effloreszenzen und unter der Epidermis finden wir eine glatte Oberfläche der Cutis, die keine Infiltration mehr aufweist.

Da die Papillen in der Effloreszenz selbst atrophisch geworden oder verschwunden und um sie herum dagegen, wie schon gesagt, in die Länge gezogen sind, ist die Cutis an der von der Effloreszenz betroffenen Stelle wie vertieft, ihr Niveau niedriger geworden als an normalen Stellen. Es entsteht somit eine Art tellerartiger Vertiefung mit glatter Oberfläche, die von Epidermis bedeckt ist.

Diese zeichnet sich durch Dünnheit des Stratum spinosum aus, über welchem die Keratohyalinschicht sich wiederum normal formiert hat. Das Stratum corneum kehrt ebenfalls zur Norm zurück oder bleibt etwas verdickt.

Um mit der Schilderung der anatomischen Veränderungen abzuschliefsen, mufs ich noch hinzufügen, dafs ich kein einziges Mal einen Zusammenhang der Effloreszenzen mit den Hautdrüsen konstatieren konnte.

Die erhaltenen Ergebnisse zusammenfassend, komme ich zu dem Schlufs, dafs wir es bei der sog. Darierschen Krankheit einerseits mit Akantolyse, d. h. einem Zerfall der Stachelzellen und andererseits mit einer zur Bildung der sog. runden Körper (corps ronds) führenden Dyskeratose zu tun haben.

Die unregelmäfsige und übermäfsige Hornbildung führt zur Ansammlung horniger Massen, die einen Druck auf die Cutis ausüben und den entzündlichen Zustand derselben und Atrophie der Papillen bedingen, während die Papillen an der Peripherie der Effloreszenz sich verlängern

und man somit eine Art kleinen Wulstes in der Umgebung des Hornpfropfes erhält.

Wenn die Akantolyse und Dyskeratose zum Stillstande gekommen sind, finden wir auf der glatten Cutisoberfläche eine Epidermis, die sich von der normalen nur durch das Fehlen von Epithelzapfen unterscheidet, folglich ein ähnliches Bild darstellt wie in Hautnarben.

Von verschiedenen Autoren sind die Einzelheiten der anatomischen Veränderungen in verschiedener Weise beschrieben worden, und die Unterschiede erklären sich vorwiegend dadurch, daſs jeder die Beobachtung eines der Krankheitsstadien verallgemeinerte, wodurch dann ein Widerspruch mit anderen Autoren entstand, deren Effloreszenzen einem anderen Stadium angehörten.

So spricht z. B. Pawlow mit Recht von einer Verdickung der Körnerschicht; Boeck beobachtete nach einer anfänglichen Verdickung ihren Schwund; auch dies ist richtig, denn als kompakte „Schicht" verschwindet sie, aber die Keratohyalinbildung geht weiter vor sich und im Endstadium haben wir wiederum eine geformte Schicht der keratohyalinbildenden Zellen vor uns; dieses Endstadium ist Boecks Beobachtung entgangen.

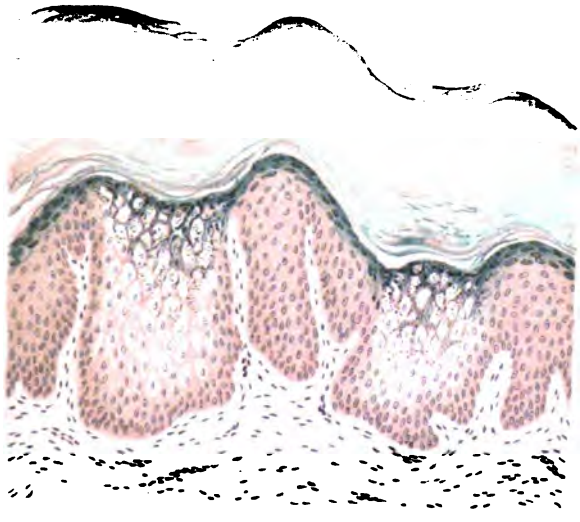
In der Lakunenbildung zwischen den Zellen wollen gewisse Autoren einen exsudativen Prozeſs sehen. Allein die Entzündung in der Cutis ist sehr gering und dabei sekundär. Aus unseren Beobachtungen geht hervor, daſs für die Lakunenbildung die Zellnekrose eine genügende Erklärung liefert.

Wahrscheinlich hat Darier bei seinen ersten Forschungen zufälligerweise einen Zusammenhang der Effloreszenzen mit den Drüsenfollikeln gefunden, wie auch eine, wahrscheinlich durch sekundäre Reizung bedingte Papillenwucherung; demzufolge bezeichnete Darier das Leiden als „Psorospermosis follicularis vegetans"; Psorospermosis, weil er die runden Körper für Psorospermien, ergo Parasiten hielt; follicularis, auf Grund des von ihm gesehenen Zusammenhanges mit den Follikeln, und vegetans, wegen der von ihm beobachteten Papillenwucherung.

Heute ist es uns schon bekannt, daſs die runden Körper ein Produkt der Dyskeratose sind, daſs sowohl der Zusammenhang mit den Follikeln als auch die Papillenwucherung keine wesentlichen, sondern nur zufällige Erscheinungen sind. Die von Darier gewählte Bezeichnung ist demnach nicht mehr berechtigt. Am besten wäre es, das Leiden als Dariersche Krankheit oder Dariersche Dyskeratose zu bezeichnen.

Die klinischen und anatomischen Merkmale der Darierschen Krankheit charakterisieren sich genügend in der Reihe ähnlicher Leiden. Die Seborrhoea, in der die Lokalisierung der Effloreszenzen die gleiche ist und

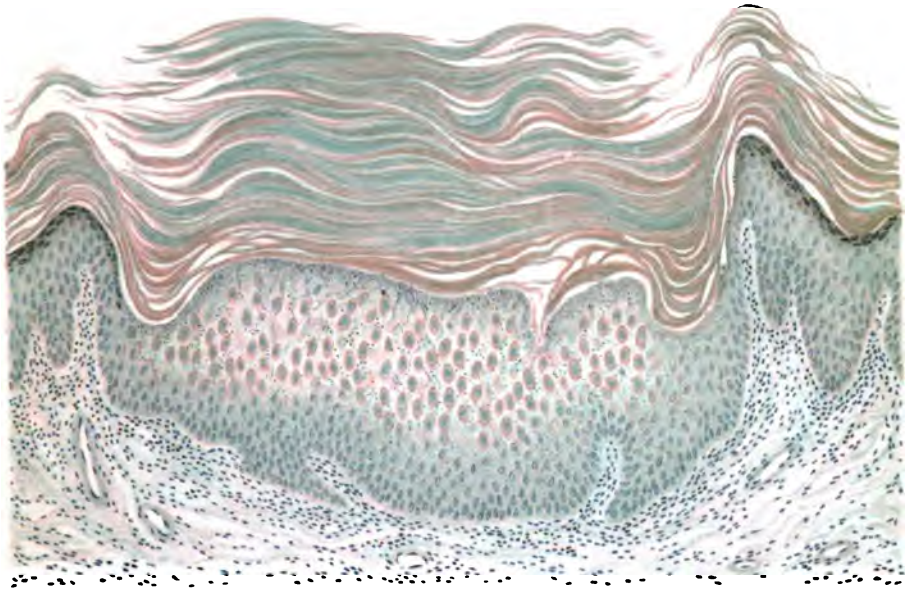
I.



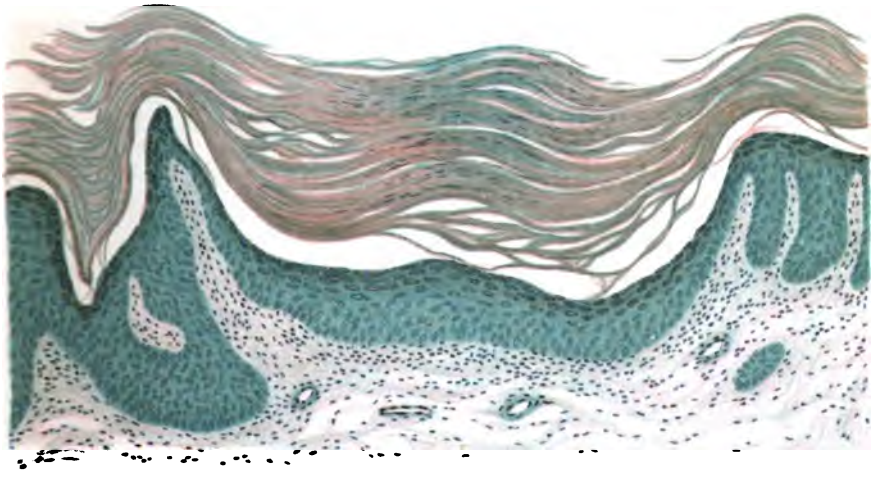
II.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig). Lit. W. Główczewski w Warszawie

III.

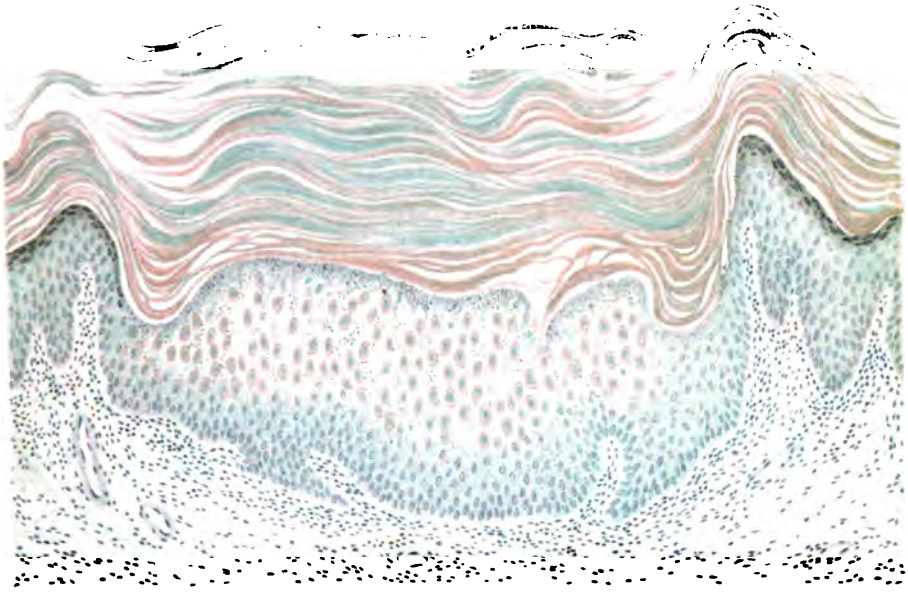


IV.

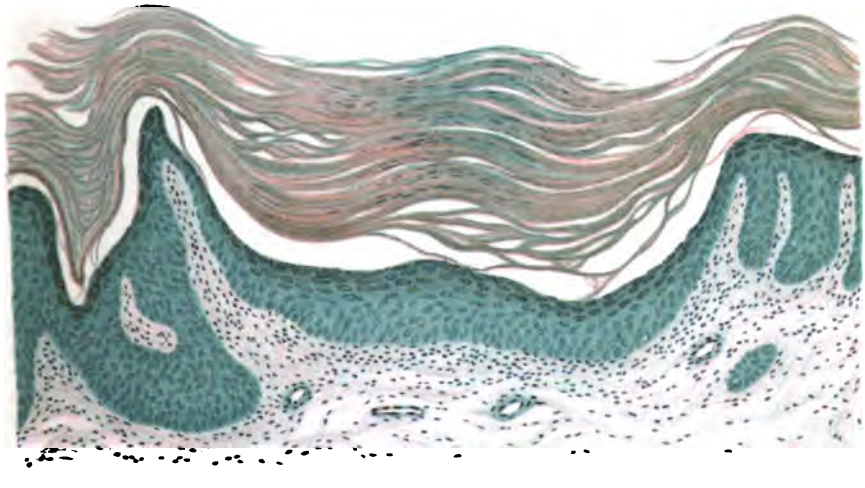


Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig). Lit. W. Głowczewski w Warszawie.

III.



IV.



Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig). Lit. W. Słowczewski w Warszawie

die Effloreszenzen grofse Ähnlichkeit mit denjenigen der DARIERschen Krankheit zeigen, ist leicht auszuschliefsen, da aus den Effloreszenzen bei Seborrhoea Comedonen ausgepresst werden können.

Bei Acanthosis nigricans ist die Lokalisierung der Effloreszenzen gleichfalls eine ähnliche, aber ihre Färbung ist eine andere und Schuppen und Schorfe fehlen.

Am gröfsten ist die Ähnlichkeit mit Ichthyosis hystrix, so dafs DOCTOR z. B. die DARIERsche Krankheit als eine Abart von Ichthyosis hystrix betrachtet. Der klinische Unterschied äufsert sich hauptsächlich in einer abweichenden Lokalisierung; der histologische Unterschied dagegen ist auffallender.

Runde Körper, denjenigen ähnlich, die wir bei der DARIERschen Krankheit zu Gesichte bekommen, werden auch in anderen Krankheiten konstatiert, z. B. bei Epitheliom, Papillom, bei der PAGETschen Krankheit und bei Lupus an behaarten Hautstellen; bei keinem dieser Leiden ist indessen ihre Zahl so bedeutend wie bei dem DARIERschen. Demnach sind diese Bildungen nicht für spezifisch anzuerkennen, sie sind aber ohne Zweifel als sehr charakteristisch zu betrachten.

Über die Therapie der DARIERschen Krankheit läfst sich nicht viel sagen; im allgemeinen gilt sie für ein unheilbares Leiden. Jedenfalls kann durch keratolytische (d. h. Hornmassen auflösende) Mittel und akantolytische (d. h. das Stratum spinosum zerstörende) die Möglichkeit einer bedeutenden Besserung erzielt werden. Wir wenden somit grüne Seife, Kalilauge, β-Naphtol und Resorzin in Salbenform (5—10%), Pyrogallussäure (2—10%) und Schwefeläther an. Arsen innerlich und Hydrotherapie sollen ebenfalls von gutem Erfolg sein. Das anempfohlene Thyreoidin hat sich im Falle DALOUS erfolglos erwiesen.

In meinem Falle habe ich bei Anwendung von β-Naphtol (10%) mit grüner Seife eine bedeutende Besserung erzielt.

Die mikroskopische Untersuchung des obigen Falles wurde im Laboratorium des Warschauer jüdischen Hospitals ausgeführt. Dem Leiter des Laboratoriums, Herrn Kol. STEINHAUS, erlaube ich mir hiermit für den mir im Laboratorium zur Verfügung gestellten Platz, wie auch für seine freundlichen Ratschläge bei der Untersuchung meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Literatur.

THIBAULT, Observation clinique ... de la psorospermose. *Thèse.* Paris 1889.
WHITE, JAMES, Keratosis follicularis. *Journ. of cutan. and genit. diseases.* 1889 u. 1890.
Euthyboule de Constantinople. Congrès de Dermatol. et Syphil. Paris 1900.
BOECK, C., Vier Fälle von DARIERscher Krankheit. *Arch. f. Derm.* 1891.
BUZZI und MIETHKE, Über die DARIERsche Dermatose. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891.

Bulkley, Psorospermosis. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII.
Lustgarten, Psorospermosis. *Journ. of cutan. and genit. diseases.* 1891.
Pawlow, Zur Frage der sog. Psorospermosis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.
Petersen, Walther, Psorospermosis bei der Darierschen Krankheit. *Centralbl. f. Bakt.* Bd. XIV.
Mourek, Beitrag zur Lehre von der Darierschen Dermatose. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXVII.
Hallopeau, *Ann. de Derm.* 1896.
Bowen, *Journ. of cutan. and genit. diseases.* 1896.
— *Ann. de Derm.* 1898.
Gaucher, Acne cornée. *Ann. de Derm.* 1900.
Emery, Gastou et Nicolau, *Ann. de Derm.* 1902.
Schwabe, Dariersche Krankheit. Dissert., Freiburg 1902.
Geissler, Dariersche Krankheit. Dissert., Straßburg 1901.
Ehrmann, *Wien. med. Presse.* 1901.
Caspary, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902.
Danlos et Dobrovici-Renault, *Ann. de Derm.* 1904.
Augagneur et Carle, *Ann. de Derm.* 1904.
Audry et Dalous, *Journ. d. maladies cut.* 1904.
Fasal, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 74.
Bukowsky, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 75.
Dufort, *Thèse.* Paris 1905.
Janowsky, Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. Bd. III.
Darier, La pratique dermatologique. T. III.
Doctor, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 46.
Jarisch, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895.
Schwimmer, Psorospermosis Darier. *Biblioth. med.* 1895.

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer.

Sitzung vom 16. Mai 1906.

Neumann: Serienschnitte durch die Haut des besprochenen Falles von **Creeping disease** ergaben Aufschluß über den in der Cutis unter der Epidermis hinziehenden Gang, der durch Ausführungsgänge nach außen kommunizierte. Das Tier wurde nicht gefunden und ist wahrscheinlich durch einen solchen Nebengang entkommen. Blanchard konstatierte 1904 in einem Falle dieser von ihm Myase hypodermique genannten Affektion an dem Tier ein Entwicklungsstadium von Hypoderma bovis.

Leiner zeigt einen siebenjährigen Knaben mit einem **Pemphigus vulgaris serpiginosus**, der wie eine Impetigo contagiosa im Gesichte begann. Bald aber kam es in Intervallen zu Eruptionen von kleineren und größeren Blasen, die jetzt vielfach am Saume älterer Pigmentierungen gruppiert sind. In der Genitocruralgegend ist der Blasengrund leicht erhaben wie bei beginnendem Pemphigus vegetans. Die Mundschleimhaut ist ebenfalls beteiligt.

Brandweiner demonstriert zwei Kinder mit **Lichen scrofulosorum.** Das erste bekam vor 1½ Jahren einzelne Knötchen an den Unterschenkeln, ähnlich dem Lichen lividus der Autoren; bald aber wurde die ganze Körperoberfläche ergriffen und zeigt nun dichtgestellte, grieskornartige, blafsschmutzige, rauhe Knötchen.

Das Exanthem bei dem zweiten Kinde, einem vierjährigen Mädchen, hatte einen ähnlichen Beginn; jetzt sieht man ebenfalls zahlreiche, meist in handtellergrofsen Gruppen und Kreisen gestellte, blafs rötlichgelbe, leicht schuppende Knötchen.

Reines (aus der Abteilung Prof. Ehrmann) demonstriert: 1. eine mit Röntgenbestrahlung wesentlich gebesserte **Sycosis parasitaria profunda** des Bartes. Nebenbei durch Seborrhoe erzeugte alopecische Stellen am Hinterhaupte.

2. einen **systemisierten Naevus papillomatosus.** Ein 1 cm breiter, aus dicht warzigen, stark verhornten Effloreszenzen bestehender Streifen, in der Regio pubica links von der Mittellinie beginnend und dann auf die linke Skrotalhälfte hinunterziehend, findet seine Fortsetzung in einem 20 cm langen, schmalen, gleichen Streifen an der Hinterfläche des linken Oberschenkels.

Diskussion: Ehrmann erwähnt einen Fall von ähnlich lokalisiertem Albinismus im Atlas von Hutchinson und die gleiche Anordnung in Fällen bei Blaschko.

Riach (als Gast) zeigt eine ausgebreitete Form von **Arsenmelanose** mit starker **Arsenkeratose.** Der bereits kachektische Patient erhielt seit sieben Jahren wegen Auftretens leukämischer Drüsentumoren Arsen. Die braungraue Pigmentation ist nicht so sehr diffus gleichmäfsig, sondern zeigt zahlreiche kleine, fleckige weifse Zwischenräume; sie umfafst den ganzen Körper, am stärksten Hals, Achselfalten und Brust. Die Keratose betrifft Palmae und plantae, ist keine diffuse Verdickung, sondern setzt sich aus zahlreichen flacheren, hühneraugenähnlichen und spitzen, warzenartigen Hauthörnern zusammen.

Winkler demonstriert eine 25jährige Frau mit drei harten, braunen, flachen Knötchen am Fufs und einem ähnlichen am rechten Oberarm, die er nicht ganz sicher als **Tuberkulid** ansprechen möchte. Nach Applikation von Radium (3 mg durch sieben Minuten) sind die Knötchen etwas eingesunken. Die Lunge der Frau ist gesund.

Pick zeigt (aus der Klinik Riehl) ein Mädchen mit einem ausgebreiteten papulonekrotischen **Tuberkulid** an den unteren Extremitäten, teils frischeren Effloreszenzen, teils zahlreichen, charakteristischen Narben.

Weidenfeld demonstriert: 1. einen Fall von **Pigmentsyphilis.** Der Patient, ein 31jähriger Schuster, machte 1889 Lues mit, Einreibungskur. Seit zwei Jahren traten ohne vorherige andersartige Effloreszenzen zuerst am Halse distinkte, erbsen- bis kreuzergrofse, scharf kreisförmige, schwarzbraune Pigmentflecke auf. Ähnliche Pigmentierungen sind in der Nähe des Nabels, hier mehr im Zentrum abgeblafst. Im Gesicht sind die gelbbraunen Pigmentierungen nicht so scharf.

Diskussion: Neumann. Die Pigmentierung im Gesicht ist sicher nicht mit Syphilis in Zusammenhang zu bringen; auch aus den pigmentierten Einzelflecken ist diese Diagnose unmöglich zu stellen.

Ehrmann: Unter Pigmentsyphilis verstehen die Autoren eine Form, bei der ohne vorausgegangenes anderes Exanthem Pigmentierungen auftreten. Mit Rücksicht auf die in diesem Falle neben den Pigmentflecken bestehenden Depigmentierungen handelt es sich höchstens um Pigmentierungen bei Syphilis.

Deutsch, der ähnliche Flecken bei einem Patienten an den Thoraxseiten in Beobachtung hat, konnte sich nicht zu dieser bestimmten Diagnose entschliefsen.

2. einen **Lichen ruber planus** mit zahlreichen, mehr diffusen, silberweifs schuppenden Herden neben typischen Primärknötchen.

3. eine **Anetodermia maculosa**, einzelne kreisrunde, erbsengroſse, atrophisch narbige Flecken in der Nähe des Genitale und über der rechten Schulter.

Diskussion: Oppenheim: Diese einzelnen Flecken gestatten nicht die sichere Diagnose, die in einem von ihm vorgestellten Falle aus dem noch bestehenden Erytheme und den prolabierten atrophischen Flecken sicher zu stellen war.

Ullmann demonstriert: 1. Eine **familiäre symmetrische Vitiligo**, an den Streckseiten der Hände und am Genitale. Diese Pigmentveränderung ist nicht angeboren, aber eine hereditäre Form, die auch bei der Mutter des Patienten im Gesicht besteht und eher für die neurotrophische Ätiologie der akquirierten Vitiligo spricht.

2. eine **Epidermolysis traumatica congenita**. Bei dem zehnjährigen Knaben treten auf mechanischen Reiz, Druck, Reibung, bis faustgroſse Blasen auf, so jetzt an den Unterschenkeln und Fuſsrücken. Chemische und thermische Reize sind fast wirkungslos. Die Mundschleimhaut ist frei. Eltern und Geschwister hatten nie ähnliche Erscheinungen. Die in letzter Zeit aus mikroskopischen Präparaten von Exemann und Hoope gezogene Deduktion, als sei der Mangel an elastischen Fasern Ursache der Störung, findet in diesem Falle keine Bestätigung; denn sowohl das oberflächliche als das tiefe Netz der elastischen Fasern ist intakt.

3. die bereits gezeigte, mit Röntgenstrahlen behandelte **Trichophytia capillitii**. Damals waren sechs Wochen nach der Bestrahlung die Haare alle ausgefallen bis auf die erkrankten Flecken, an denen die Haare länger hafteten. Jetzt nach weiteren sechs Wochen sieht man allenthalben frische Lanugohaare, die früher erkrankten Stellen aber sind schon mit dunklen Haaren besetzt, also ein ganz paradoxer Haarausfall und -wiederwuchs nach Röntgenbehandlung.

4. ein 20jähriges Mädchen mit den Erscheinungen ausgesprochener **Hypersensibilität** an Stellen einer auftretenden **Alopecia areata**. Die Nervenuntersuchung ergab eine Übererregbarkeit im Bereiche des rechten Trigeminus.

5. eine **Alopecia areata** bei einem jungen Mädchen, die neben dem Haarausfall an den betroffenen Herden ein von den Franzosen vielfach berichtetes **Erythem** zeigen. Eine artefizielle Reizung ist bei den Mangel jeder vorausgegangenen Behandlung ausgeschlossen.

Spiegler zeigt einen 54jährigen Mann mit einer seit zehn Jahren bestehenden **Mykosis fungoides**. Am ganzen Stamme zahlreiche gulden- bis handtellergroſse, gelbbraune, flache und leicht erhabene, zum Teil gyrierte, schuppende, stark juckende Herde; daneben auch einzelne kleine Tumoren. Früher bestanden auch gröſsere, die aber alle auf Röntgenbehandlung zurückgingen.

Diskussion: Riehl hat bereits vor zwei Jahren einen ähnlichen Fall in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellt; auch in anderen ähnlichen Fällen gingen die Tumoren auf Röntgenbehandlung prompt zurück. Aber Rezidiven sind dadurch nicht zu verhindern, ja sie treten in der Umgebung der ersten Tumoren im Bereiche der Bestrahlung vielleicht rascher auf. Die Röntgenwirkung ist also keine Dauerheilung, aber symptomatisch sehr gut.

Oppenheim stellt neuerdings den Mann mit der **Urticaria chronica recidivans** vor. Dieselbe war fast ganz abgelaufen und exacerbierte jetzt mit einem akuten Anfalle, der den Unterschied gegenüber von Prurigo ersichtlich macht.

Brandweiner erörtert einen Fall von **diffuser** Hyperpigmentierung (**Melanose**) unbekannter Ätiologie bei einem jungen Burschen. Angeblich angeboren, ist dieselbe besonders stark am Halse, Handrücken und Genitale ausgebildet.

Mucha berichtet über den weiteren Verlauf des von ihm vorgestellten **Pemphigus**. Derselbe verlief typisch unter Auftreten neuer Blasen, Abheilen der alten.

Narben bildeten sich dabei nirgends und stehen die alten also gewiſs in keinem Zusammenhang mit dem Pemphigus.

Pick demonstriert einen **Favus serpiginosus** mit herpetisch circinären Vorstadien an beiden unteren Extremitäten. Die Frau hat vor drei Monaten entbunden und wegen Schmerzen in den Beinen Umschläge gemacht. Danach traten zahlreiche kreis- und scheibenförmige, zum Teil aus kleinen Bläschen bestehende Herde auf, deren einer durch den sicheren Nachweis eines Scutulum die Diagnose sicherte. Der Kopf ist vollständig frei.

Zumbusch stellt (aus der Klinik Riehl) drei Fälle von **Lepra** vor:

1. eine Frau aus Jerusalem mit einer **Lepra maculo-tuberosa.** Besonders ist hier das Gesicht betroffen; an der rechten Wange gehäufte Knoten. Nasen- und Mundschleimhaut ulceriert mit reichlichem Bazillenbefund.

2. eine Frau aus Rumänien, deren beide Extremitäten dicht mit braunen Infiltraten und kleineren Knötchen besetzt sind, während das Gesicht durch das zahlreiche Vorhandensein von Infiltraten und Knoten an der Stirn, den Augenbrauen und der Nase die typische Form der Facies leonina zeigt. In der Nase und im Munde ausgedehnte Ulcerationen.

3. eine **Lepra maculosa** bei einem Manne aus Montenegro mit mehr diffusen Pigmentierungen und ganz kleinen Tumoren im Gesicht und kleinen, fleckigen, pigmentierten Herden an den Extremitäten.

Krem zeigt eine Reihe von Ulcerationen an der Lippe und Mundschleimhaut und zwar:

1. einen **Lupus erythematosus der Unterlippe** in Form einer ziemlich scharf begrenzten, exfoliierenden, mit kleinen blutigen Krusten bedeckten, oberflächlichen Geschwürfläche, die mit einem kleinen, bogenförmigen, typischen Erkrankungsherd auf die Haut übergreift.

2. einen **Lupus erythematosus der Unterlippe und Wangenschleimhaut.** Die Unterlippe mit roten, exfoliierenden Lamellen besetzt, zum Teil erodiert und mit kleinen, weiſsen Zeichnungen und Gefäſsektasien versehen. Die Schleimhaut der linken Wange an ihrer ganzen Innenfläche seicht erodiert, mit grauem Belage und opaken, narbigen Stellen; der stellenweise scharfe Rand von einem schmalen, roten Saume umgeben.

3. ein **tuberkulöses Ulcus an der Unterlippe** auf die Gingiva übergreifend. Ein ähnliches Geschwür am Mundhöhlenboden unter der Zungenspitze.

4. ein **Ulcus tuberculosum serpiginosum** am linken Mundwinkel und von dort auf die Gesichtshaut übergreifend. Dabei Tuberculosis pulmonum.

5. eine circumskripte **Tuberkulose der Zunge** als Rezidiv nach der Exzision eines kleineren Ulcus tuberculosum linguae.

6. **Tuberkulose der Lippen** und des harten Gaumens in Form zahlreicher kleinster Knötchen und weicher Granulationen. Tuberculosis pulmonum.

7. **Sklerodermie der Schleimhaut,** in Form kleiner, derber, weiſslicher Flecken an der Uvula und dem Zungenbändchen und eines längeren, weiſsen, atrophischen Herdes am rechten Arcus palatoglossus, dabei diffuse Sklerodermie der Haut.

Hierauf hält Dozent Dr. R. Kraus einen Vortrag über die von ihm und R. Volk angestellten **Studien über Immunität bei Syphilis und bei der Vaccination gegen Variola** (vide auch *Wien. klin. Wochenschr.* 1906. S. 620). Die bisherigen Untersuchungen von Metschnikoff, Roux, Neisser und des Autors haben ergeben, daſs übereinstimmend mit den Erfahrungen der Klinik auch im Experimente bei manifestem Primäraffekte wenigstens Immunität der Haut besteht, während die Immunität der inneren Organe dadurch nicht zustande kommt, wofür auch andererseits die

Resultate der aktiven Immunisierung durch subcutane Einverleibung von luetischem Gewebe (Sklerosenaufschwemmung) sprechen. Diese Immunität der Haut tritt nur langsam und allmählich auf und konnte auf experimentellem Wege beim Affen durch Setzen von Superinfektionen näher studiert werden. Diese fielen positiv aus, wenn 5, 6, 13 und selbst 23 Tage nach der ersten Impfung eine neuerliche Infektion gesetzt wurde. Allerdings haben diese Superinfektionen nicht die Form der gewöhnlichen Initialsklerose, des zerfallenden Geschwüres, sondern sind wie die von Lang in ähnlichem Sinne beschriebenen postinitialen Manifestationen stecknadelkopf- bis linsengroße, braunrote Knötchen, die sich unter Schuppung zurückbilden. Eine ähnliche relative oder partielle Immunität, die in der Entwicklung dieser rudimentären Initialmanifestation zum Ausdruck kommt, besteht auch, wenn man die zuerst gesetzte Infektionsstelle nach 7—14 Tagen exzidiert. Ob man das durch fortgesetzte Superinfektion gewonnene, vielleicht abgeschwächte Virus zu Vaccinationszwecken verwenden kann, werden weitere Versuche lehren.

Die Frage nach spezifischen Immunkörpern bei Syphilis wurde zuerst von Nagelschmidt näher studiert. Seine Befunde konnte Kraus zwar nicht bestätigen; aber die Möglichkeit einer Präzipitinreaktion auf luetisches Virus bestand weiter und fand durch die neueren Versuche von Morreschi, sowie Wassermann, A. Neisser und Bruck über die spezifische Komplementablenkung (*Deutsche med. Wochenschr.*) eine wesentliche Förderung. Diesbezügliche Versuche mit Serum von Syphiliskranken in verschiedenen Stadien sind noch nicht soweit beendigt, daß sie ein definitives Urteil gestatten; doch stimmen sie mit den von diesen Autoren angestellten Untersuchungen bei immunisierten Affen nicht ganz überein.

Die Untersuchungen über die Immunität und deren regionäres Vorkommen in der Haut bei Lues veranlaßten uns, ähnliche Beobachtungen bei Vaccine nachzuprüfen. Trotz vieler Untersuchungen der letzten Zeit ist die Frage der Immunität bei der Vaccine noch ungelöst. Unsere Versuche wurden an Affen und Kaninchen ausgeführt und ergaben:

1. Bei Infektion der einen Cornea (Verlauf vom vierten bis zwölften Tag) wird nur diese immun, nicht die der anderen Seite.

2. Die cutane Impfung beim Affen erzeugt eine typische Pustel und Immunität der ganzen Haut, nicht aber der Cornea. Die subcutane Impfung setzt gleichfalls Immunität der Haut, während die Cornea bald frei bleibt, bald immun wird.

3. Bei Infektion der Conjunctiva eines Augenlides zeigt sich die Haut und die Cornea derselben Seite immun, nicht aber die Cornea der anderen Seite.

4. Bei subcutaner Einverleibung eines Kollodiumsäckchens mit Vaccine entsteht auch Immunisierung.

5. Die Entstehung der Immunität hängt mit der Pustelbildung nicht zusammen; wenn man nämlich die Impfstellen auch am dritten oder vierten Tag exzidiert, wo es noch nicht zur Pustelbildung gekommen, tritt nach der sonst üblichen Zeit immer Immunität auf, eine neue Impfung haftet nicht.

Der Gedanke, eine Immunisierung ohne Pustelbildung durch subcutane Injektion von verdünnter Vaccine (1 : 1000 bis 1 : 500) zu erzeugen, fand durch Versuche beim Affen seine Bestätigung. Versuche an uns selbst ergaben volle Unschädlichkeit der nötigen Dosen (2 ccm der Verdünnung) und werden zu praktischer Durchführung im Carolinenkinderspitale weitergeführt.

Diskussion: Finger. Die ersten Beobachtungen von Kraus, daß die Immunität bei Syphilis sich allmählich ausbildet, mit dem vollständigen Manifestwerden des Primäraffektes aber entwickelt ist, werden nicht, wie Kraus meint, durch uns bestätigt. Erst seine jetzigen Versuche ergeben dasselbe Resultat wie unsere successiven

Impfungen, die zunächst positive Superinfektionen in der Inkubation, ehe die Sklerose manifest ist, erzeugten. Auch in einer zweiten Versuchsreihe, Impfungen nach dem Erscheinen des Initialaffektes, erzielten wir Haftung der Superinfektion; allerdings haften die weiteren Impfungen nur in mitigierter Weise, charakterisiert in geschwächtem Auftreten und rascher Abheilung.

Unsere neuesten Versuche über Superinfektion am Menschen (ausführlich dargelegt in einem Berichte an die k. k. Akademie der Wissenschaften, März 1906) zeigen des weiteren, daſs auch die bisherigen Ansichten über die Immunität bei Syphilis des Menschen nicht haltbar sind. Gibard wies schon nach, daſs es bei Menschen mit Primäraffekten gelingt, Superinfektionen zu erzeugen; uns gelang es auch, im sogenannten sekundären und tertiären Stadium durch Reinfektion nach einer gewissen Inkubation das Entstehen von braunen Knötchen zu beobachten. Dieses Auftreten kann nur als Haftung, nie als Reizung aufgefaſst werden, da die Infektion nur mit virulentem, luetischem Material, nicht aber mit erhitztem und so avirulent gemachtem oder nicht luetischem Gewebe gelingt. Um eine solche Haftung zu erzielen, bedarf es allerdings der besonderen Impftechnik in eine Gewebstasche der Oberhaut, die wir erst durch die Impfung am Affen gelernt haben. Im allgemeinen verhält sich betreffs dieser Impfung der Syphilitische zum gesunden Menschen wie der Makakus zum höher stehenden Affen, er erfordert eine besondere Impftechnik und zeigt als Reaktion eben nicht die uns bekannte Sklerose, sondern eine Impfpapel. Bei Leuten mit Spätformen bestand das Resultat zunächst in einem Erythem, dann aber in einem Infiltrate, das ebenso verlief wie die entsprechenden Erscheinungen beim Patienten; bei Patienten mit Tubercula cutanea wird der Impfeffekt ein Tuberculum cutaneum, bei serpiginösem oder ulcerösem Syphilid nimmt er ganz diese gleiche Form an.

Nobl konnte bei der experimentellen und klinischen Untersuchung der Vaccinefrage zunächst die in epidemiologischer Hinsicht wichtige Tatsache konstatieren, daſs im Gegensatze zur Lehre Pfeiffers die Immunität noch nicht am fünften Tage einsetzt, sondern bei seinen Successivimpfungen bis zum zehnten und zwölften Tage unabgeschwächte Pusteln aufgingen. Die corneale Impfung führt nur zu regionärer Immunität; auch das negative Resultat bei der Impfung mit den inneren Organen positiv geimpfter Kaninchen, die weder an der Impfstelle Pusteln setzte, noch Immunität erzielte, spricht gegen eine Aufnahme und Zirkulation des Vaccinegiftes im Tierleibe. Vielmehr dürfte die Vaccinewirkung an die volle Entwicklung der Pusteln gebunden sein und erst von ihr aus entstehen. Dafür spricht auch das Vorkommen der Vaccine generalisata, die nicht hämatogen, sondern durch oberflächliche Hautinfektion erfolgt, und deren Auftreten in der zweiten oder dritten Woche nach der Impfung bei einer so frühen Immunität unmöglich wäre.

Ehrmann mahnt zur Vorsicht bei der Beurteilung der aktiven Immunisierungstherapie. Fälle, in denen nach fast typischer Sklerose und Drüsenschwellung kein oder kein deutliches Exanthem auftritt, um dann später mit einem Gumma, einer Arterioaklerose und Apoplexie oder einer Tabes einzusetzen, sind nicht gar so selten. Begleitsymptome der Allgemeininfektion, wie Blässe, Kopf- und Knochenschmerzen werden übersehen, statt zu einer spezifischen Allgemeinkur zu veranlassen.

Kraus hält solche Fälle immerhin für seltenere, während seine Immunisierungstherapie unter 21 Fällen neun nach der Impfung frei lieſs. Nobls Versuche stehen in Widerspruch mit fast allen Beobachtungen; denn auch er erhielt bei Prüfung durch tägliche Successivimpfung schon am achten bis zehnten Tage Immunität. Die Exzisionsversuche ergaben eben, daſs die Pustelbildung hierzu nicht notwendig sei.

Landsteiner behauptet im Gegensatz zu Kraus auch bei manifester Sklerose noch positive Impfungen erzielt zu haben. Seine Versuche nach Wassermann über

Komplementablenkung beim Zusammenbringen von Luesserum und syphilitischem Gewebe waren bisher negativ.

Neumann weist auf die weittragende Bedeutung aller dieser Versuche hin. Im Gegensatze zur strengen Lehre Ricords ist durch Erfahrung und Experiment bewiesen, daſs man Sklerosen am Träger derselben noch überimpfen und sich solche auch durch Autoinokulation noch bilden können. Aber nicht jeder geimpfte Knoten ist eine Reinfektion, auſser wenn sich an demselben universelle Drüsenschwellung und Exanthem anschlieſst. Daſs die allgemeine Infektion beim Menschen rasch erfolgt, lehrt der negative Ausfall selbst bei früher Exzision der Sklerose.

Ullmann findet in den Versuchen Fingers eine Bestätigung der von Lang und ihm betonten postinitialen, exogenen Sklerosenbildung. Diese Tatsachen fordern auch neuerdings wieder zu Versuchen auf, möglichst frühzeitige Exzisionen suspekter Initialinfiltrate vorzunehmen, da uns jetzt in der Giemsafärbung und Schnittprüfung nach Levaditi sichere Beweismittel gegeben sind, um ein Ausbleiben von Allgemeinerscheinungen in der Folge richtig zu beurteilen.

Finger will betonen, daſs die Beurteilung der Immunität jetzt ganz eine andere ist. Ricord faſste sie eben dahin auf, ob ein syphilitisches Individuum noch eine neue, typische Sklerose bekommen könne. Wir wissen aber nun, daſs der Initialaffekt ein verschiedenes Aussehen haben kann und beim Luetiker meist das Bild einer trockenen Papel bietet. Ebenso wie die eigenen Spirochäten später nicht mehr eine Sklerose, sondern die uns bekannten, mannigfachen Effloreszenzen erzeugen, macht auch das eingebrachte, fremde Syphilisvirus verschiedene Erscheinungen. Wenn es nur imstande ist, an der Inokulationsstelle zu haften und durch die eingebrachte Infektion Veränderungen zu erzeugen, kann nicht mehr von einer Immunität die Rede sein. Ich möchte also behaupten: der Syphilitische hat nie eine absolute Immunität, sondern nur eine weitgehende relative, die zur Folge hat, daſs er sowohl durch sein eigenes, als auch durch fremdes Virus neue und verschiedene syphilitische Erscheinungen immer bekommen kann.

Kraus hat schon in seiner ersten Mitteilung die langsame Entstehung der Immunität und die Möglichkeit der Superinfektion mit rudimentären Initialaffekten bis zum Manifestwerden der Sklerose experimentell nachgewiesen. Vielleicht ist dieselbe auch bei kurzdauerndem Primäraffekt noch möglich. Bei gut ausgebildeter, manifester Sklerose fand ich aber die Haut der Affen gegen die Reinfektion für unempfänglich. Auf Grund des klinischen Verlaufes der Syphilis, des verschiedenen Verhaltens der Makaken und meiner Syphilisvaccinationsversuche habe ich den Satz von der regionären Immunität beim Menschen aufgestellt: Die Haut des Syphilitikers ist gegen eine Neuinfektion immun, die Organe sind infizierbar während die Haut des gesunden Makaken für Syphilis empfänglich ist, die anderen Organe natürlich immun sind, wogegen durch den Befund von Spirochäten in inneren Organen noch kein Beweis erbracht ist. Den Standpunkt über Syphilisimmunität beim Menschen halte ich bis zur endgültigen Nachprüfung der neueren Versuche von Finger und Landsteiner aufrecht.

Sitzung vom 30. Mai 1906.

Nobl demonstriert:

1. Präparate von **Spirochaete pallida** im Schnitte (nach Levaditi gefärbt) in Sklerosen.

2. ein mächtiges **Keratom**, das bei einer älteren Frau als fast 1 cm dicke, warzig mörtelartige Auflagerung beide Fuſssohlen einnimmt, und zwar sind besonders die Fersen dicht bedeckt, von denen die hornige Verdickung in breiter Streifenform nach vorn zieht. Eine einzelne über talergroſse Plaque ist über dem rechten Knie-

Die Handteller sind frei. Die Ätiologie ist unklar; es ist keine hereditäre Belastung nachweisbar, Psoriasis und Ichthyosis sind nicht anzunehmen.

Diskussion: Weidenfeld erinnert an die Auffassung Kaposis, der ähnliche Fälle für Naevusarten ansprach. Die hier unter den Schuppen befindliche Rötung spricht für die Möglichkeit einer entzündlichen Ursache.

3. eine **Ichthyosis nitida** bei einem 11jährigen Knaben mit starker Beteiligung der behaarten Kopfhaut.

Diskussion: Riehl hält die Affektion der letzteren für ein Ekzem bei Ichthyosis.

4. eine braun pigmentierte, glatte Narbe mit Gefäßektasien an der rechten Wange wie nach **Lupus erythematosus.**

Diskussion: Riehl. Nach den Angaben des Patienten in der klinischen Ambulanz dürfte es sich eher um die Narbe nach einem viel behandelten Lupus vulgaris handeln.

5. eine **extragenitale Sklerose** an der Unterlippe rechts.

6. einen **Lichen ruber planus.**

Oppenheim demonstriert (aus der Klinik Finger) einen Mann mit mehreren **Mollusca contagiosa** im Gesichte.

Reines (Abteilung Ehrmann) zeigt ein **ausgebreitetes Syphilid** mit mächtiger Rupia und corymbiformen Gruppen am Rücken und Halse. Infektion 1904.

Ehrmann bespricht ein bei einer Favusbehandlung erzeugtes **Röntgenulcus.** Patient erhielt erst drei mal drei Bestrahlungen in Pausen von mehreren Wochen, dann fünf Bestrahlungen, täglich eine durch $^3/_4$—1 Stunde. Die Ulcera bestehen seit Januar 1905 und ist das größte am rechten Scheitelbein handtellergroß. Die umgebende Haut ist narbig weiß mit Teleangiectasien, sepiabraunen Pigmentierungen und Epheliden. Mikroskopisch erweist sich das Pigment als melanotisches, enthält kein Hämosiderin.

Zumbusch stellt vor:

1. einen **Pemphigus,** dem lange Erytheme vorangingen. Diesen folgten mehrere Wochen einzelstehende, linsengroße Bläschen, die sich bald trübten und eintrockneten. Die Erscheinungen begannen im Gesichte, zeigten sich aber auch in den Axillen und am Genitale.

2. das schon demonstrierte Kind mit **Xeroderma pigmentosum.** Der Prozeß im ganzen, besonders die Carcinome, schritten trotz Radium- und Röntgenbehandlung rasch fort.

Kren demonstriert (Klinik Riehl):

1. einen Patienten mit einer fleckigen **Alopecia luetica** und einem über den Stamm und die Extremitäten ausgebreiteten **Leukoderma syphiliticum.**

2. **Mundaffektionen bei Lepra.** (Patienten vide Sitzung vom 16. Mai).

a) kleine, den Hautpapeln entsprechende, blaßrote Knötchen am harten Gaumen und der Uvula;

b) bei der Frau mit der ausgebreiteten Lepra und Facies leonina, neben ähnlichen Knötchen ausgebreitete, mit starken Zerstörungen einhergehende Ulcerationen an der Uvula und den Gaumenbögen;

c) bei der Frau mit den gruppierten Knoten an den Wangen ähnliche Knötchen am Arcus palatoglossus.

Pick demonstriert die histologischen, nach Levaditi gefärbten Präparate der seinerzeit gezeigten **Syphilis serpiginosa papilliformis** am Vorderarme einer älteren Frau, die klinisch eine Psorospermose so ähnlich sah; diese enthalten zahlreiche Spirochäten, die im Schnitte der Spirochaete pallida ganz gleich aussehen.

Finger macht ausführlichere Mitteilungen über seine in der letzten Diskussion zum Vortrage von Kraus berührten Untersuchungen über **Superinfektion, Reinfektion und Immunität bei Syphilis.** Dieselben umfassen zunächst Impfversuche an Affen, dann aber auch Impfungen an manifest luetisch Erkrankten, da ja die bei der Krausschen aktiven Behandlung gemachten Erfahrungen zeigten, daſs die Einbringung selbst gröſserer Mengen von Syphilismaterial bei Syphilitischen völlig unschädlich ist. Es galt die alte Ricordsche Ansicht von der absoluten Immunität bei Syphilis und deren zeitliches Entstehen zu prüfen, die schon durch die Impfversuche von Diday und Bärensprung usw., sowie durch die zahlreichen Beobachtungen bei den Excisionsversuchen des Primäraffektes aus früherer und letzter Zeit immer von neuem angegangen wurde. Auch die Beobachtungen von Lang über das Auftreten postinitialer Papeln (1888) waren merkwürdig. 1884 schon fand Pontoppidan, daſs die Immunität bei Lues sich nicht mit einem Schlage entwickle, sondern allmählich regionär ausbreite; denn nur so konnte er seine Superinfektionsversuche erklären, die ergaben, daſs Impfungen in der unmittelbaren Umgebung der entwickelten Sklerose nicht mehr hafteten, während sie an davon entfernteren Stellen noch positive Resultate ergaben. Auch Neumann publizierte 1893 sieben Fälle postinitialer Impfung, ähnliche Erfahrungen teilten Louchet und neuestens Sabareanu mit. Wichtig für die Richtung der neueren Versuche und deren Auffassung sind auch die Erfahrungen über die regionär verschiedene Ausbildung der Immunität in verschiedenen Gewebsteilen bei anderen Infektionskrankheiten, wie dem Rotz, der Cholera, Vaccine usw., gewesen. Dazu kommt noch der immer wieder neu betonte und auch von Neisser hervorgehobene Widerspruch, der zwischen der bisher unangezweifelten Immunität der Haut bei Syphilis gegen eine Neuinfektion und deren andauernder krankhafter Reaktion auf das im Körper persistierende eigene Virus besteht und dazu drängt, die Entstehung und das Wesen der Immunität bei dieser Krankheit und deren Beziehung zu den Krankheitserscheinungen, Inkubation der einzelnen Stadien, Rezidiven und deren Verhältnis zu Latenzperioden zu prüfen.

Die am Affen ausgeführten Versuche wurden in zwei Reihen eingeteilt:

1. Zweite Impfung, 9—14 Tage nach der ersten Impfung, während der Inkubation. Positives Resultat in allen Fällen.

2. Reinfektion nach Auftreten des ersten Impfeffektes, 12—19 Tage nach der ersten Infektion. Positives Resultat in sechs von neun Fällen, bei zweien bei Reinfektion fünf Tage nach Manifestwerden der ersten Sklerose.

Diese Experimente beweisen, daſs selbst längere Zeit nach der ersten Impfung, ja bei bereits manifestem Primäraffekt und selbst einige Zeit später eine Neuinfektion möglich ist und daher mit dem Auftreten der Sklerose noch keine vollständige Immunität der Haut besteht. Der meist abgeschwächte Verlauf der Reinfektion, kürzere Inkubation, schwächere Ausbildung in Form kleinerer Impfpapeln, raschere Abheilung spricht allerdings für eine gewisse, relative Immunität.

Mit dem Bestehen einer unvollständigen Immunität dürfte auch das Vorkommen jener von mir, Neisser, Metschnikoff und Roux beobachteten regionären Rezidiven in Form von serpiginösen Papeln in der Umgebung der abgeheilten Sklerosen bei Makaken zu erklären sein.

Wichtige Resultate ergaben die Untersuchungen über Impfungen an Syphiliskranken im Früh- und Spätstadium, die bisher vergeblich versucht, zur Ansicht führten, daſs Syphilitiker vom Auftreten der Sklerose an gegen jede Neuinfektion immun seien. Wir vermieden die gebräuchlichen Sklarifikationen und wandten die auch bei den wenig empfänglichen niederen Affen von uns und Neisser als die beste erkannte Methode an, reichlich syphilitische Gewebsteile von Papeln und

Drüsen in angelegte Hauttaschen oder tiefe Skarifikationen zu bringen. Bei 20 Patienten, bei welchen die alte, oberflächliche Skarifikation angewendet wurde, gaben nur drei ein positives, bei 27 Patienten mit einer Erkrankungsdauer von vier bis sieben Wochen, also in der zweiten Inkubation ergab die neue Methode in 24 Fällen, das ist in 89%, ein positives Resultat. Nach einer Inkubation von 10—14 Tagen entstehen an der Impfstelle kleine braune Knötchen, die bis Linsen- oder Hellergröfse wachsen, oberflächlich schuppen und nach Wochen mit Hinterlassung von pigmentierten Narben abheilen, meist erst wenn die Allgemeintherapie eingeleitet wird. Ihr Auftreten ist aber ganz unabhängig von dem allgemeinen Ausbruch der Lues und erfolgt in geeigneten Fällen zwei bis drei Wochen früher. Von 40 Fällen sekundärer Lues im Alter von vier Monaten bis zu drei Jahren ergaben 24, das ist 60%, einer positiven Reaktion in ähnlicher Form, die mit der Allgemeinbehandlung schwand. Die histologischen Untersuchungen bestätigten stets die Diagnose. Die Effekte bei 18 Patienten mit tertiärer Lues waren in elf Fällen, das ist 85%, positiv. Im Anschlusse an die Inokulation bilden sich zunächst Erytheme von Guldengröfse, und dann in deren Zentrum scharfe, braunrote Infiltrate, deren Verlauf ganz auffallend mit der beim Patienten bestehenden tertiären Syphilisform übereinstimmen. In zwei Fällen mit Tuberculs cutanea entstanden derbe, braunrote Knoten, in acht Fällen von ulceröesem Syphilid zerfielen die zentralen Infiltrate in typischer Weise, einmal nachdem dasselbe blafs ödematös wie eine Urticaria porcellanea geworden. Bei einer Frau mit Syphilis corymbosa (sechs Jahre alte Lues) entstand um das Knötchen an der Impfstelle nach dessen Rückbildung ein Kreis neuer Knötchen. Den Einwand, dafs in all diesen Beobachtungen nur Reizpapeln im Sinne Tarnowskys vorliegen könnten, haben wir uns selbst gemacht und widerlegt, um so mehr als Tarnowsky solche Reizinfiltrate nur nach stärkerer Reizung, wie einer Kauterisation, erzielte; denn mit avirulent gemachtem, durch 1/2 Stunde auf 60° erhitztem, luetischem Gewebe oder mit nicht syphilitischen Produkten gelang es nie, positive Haftung oder Inokulation zu erzielen.

Es geht daraus hervor, dafs Syphilitiker in allen Stadien auf eine Reinfektion mit spezifischen, lokalen Erscheinungen reagieren, also keine volle Immunität besitzen. Vielmehr ist aus den Tierexperimenten und Impfungen am Kranken folgendes anzunehmen:

Mit der Ausbildung des Primäraffektes entsteht eine sich allmählich steigernde regionäre und allgemeine Immunität, die aber weder mit der Manifestation der Sklerose, noch im Sekundärstadium absolut wird, sondern auf Reinfektion ebenso empfindlich ist wie gegen die Rezidiven des eigenen Virus; nur in der schwereren Impfbarkeit im Verhältnis zum gesunden Menschen, in der, spontanen Rezidiven ähnlichen, schwächeren Ausbildung der örtlichen Effloreszenzen und deren geringeren Inkubation ist eine gewisse relative Immunität erkennbar. Diese ist noch spärlich im tertiären Stadium vorhanden, das gegen den Syphiliserreger oder dessen Produkte in eigenartiger Weise, fast mit Überempfindlichkeit reagiert. Ob der cyklische Verlauf der Syphilis bestimmte, denen von Sabritschewski bei Febris recurrens gefundenen analoge Immunitätsschwankungen zur Ursache hat, mufs erst näher untersucht werden.

Auf Grund dieser Versuche wird auch die Beurteilung der Reinfektion des Menschen nach Ablauf der ersten Syphilis eine andere sein müssen, sowohl was den bisher zur strengen Diagnose nötigen Primäraffekt als den weiteren Verlauf anlangt, da diese bei Bestand noch geringer Immunitätsreste abgeschwächte Formen annehmen können, wie sie in vielen früheren Beobachtungen von Köbner (1872), Diday usw. vorliegen.

Diskussion: KRAUS. Meine bisherigen Impf- und Excisionsversuche ergaben die Möglichkeit der Superinfektion im ersten Inkubationsstadium. Bei ausgebildeter Initialmanifestation waren aber bisher in sieben Fällen keine Erfolge von Reinfektion zu beobachten, aufser bei dem einen in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierten Makaken mit Allgemeinerscheinungen, die kein einwandfreies Urteil gestatten, so dafs ich annehme, dafs durch die in der ersten Inkubation allmählich sich ausbildende Immunität die Haut gegen Reinfektion immun wird. Bei subkutaner Inokulation des syphilitischen Virus gelang es nicht, Affen gegen die Hautinfektion zu schützen. Im Verlaufe der Syphilis kann beim Menschen daher keine Infektion von der Haut aus erfolgen, vielmehr erfolgt die Infektion des Organismus von den um die tiefen Gefäfse bestehenden Infiltraten und Infektionsdepots. Wann die Hautimmunität aufhört, ist derzeit noch nicht bestimmt.

Die von FINGER in den letzten Experimenten beobachteten Inkubationszeiten wären auch zu beachten. METSCHNIKOFF und ROUX hatten ein Mittel von 30 Tagen beim Schimpansen mit Bezug auf das Auftreten der ersten Erscheinungen, NEISSER von 26, FINGER und LANDSTEINER I. Versuchsreihe 22, ich eines von 20 Tagen. In den neuen Tabellen haben FINGER und LANDSTEINER aber bei den Inkubationen der I. Impfungen unter a) trotz eines Falles mit 33 Tagen einen Durchschnitt von 19, unter b) aber einen von 13 Tagen, eine Zahl, die wir bisher überall vermissen. Die Reinfektion erfolgte durchschnittlich nach 15 Tagen, also einer Zeit, die unter dem gewöhnlichen Mittelmafs der Inkubation liegt, und ergab dann Inkubationen von neun, sieben und selbst vier Tagen.

Was die Reinfektionsversuche an Menschen betrifft, so gestatten die negativen Kontrollversuche mit erhitztem Material allein keine bestimmte Schlufsfolgerung, denn sie schliefsen andere Infektionen und Reizformen bei den positiven Fällen nicht aus. Es ist auch auffallend, dafs bei allen bisherigen Impfungen an Menschen immer Skarifikationen genügten, um Haftung zu erzielen. Es könnte die Notwendigkeit der tieferen Hautverletzung dafür sprechen, dafs die Reinfektion von der Subcutis aus erfolgte.

FINGER: Wir haben deshalb kürzere Inkubationen erhalten, weil wir schon die erste Rötung, die der Knötchenbildung vorausgeht, als Beginn der Reaktion auffassen. Unter tiefen Taschen verstehen wir intraepidermoidale oder solche, die höchstens in den Papillarkörper reichen, unter oberflächlichen solche zwischen Hornschicht und Rete. Die Resultate TARNOWSKYS sind ganz andere als die unsrigen, besonders bei tertiärer Lues; er bekam blofs Infiltrate um die Kauterisationen, nie ulceröse Formen. Der Widerspruch zwischen der bisher behaupteten Hautimmunität des Luetischen und den sich erneuernden Rezidiven ist auch NEISSER schon lange aufgefallen; und wenn, wie KRAUS behauptet, die Haut immun, die Subcutis und die inneren Organe aber nicht immun wären, ist es doch höchst sonderbar, dafs die Syphilis so selten die inneren Organe ergreift, vielmehr vorwiegend eine Hauterkrankung ist, und dafs die Erkrankung immer aus der nicht immunen Subcutis in die immune Haut aufsteigen sollte. Wahrscheinlich aber ist eben die Haut des Syphilitikers nicht immun und derselbe verhält sich unterschiedlich zum Gesunden wie der niedere, schwerer empfängliche und nur mit Lokalaffektionen reagierende Makake zum anthropoiden Affen.

LANDSTEINER: Die von uns beobachteten Inkubationszeiten sind objektiv bei den Versuchen notiert und richtig; sie mögen auch von der Menge des eingebrachten Virus abhängen, da wir jetzt nicht Sklerosensekret, sondern reichlich Gewebspartikel verwenden. Was die kürzeren Inkubationen bei der Super- und Reinfektion anlangt, so sind ja ähnliche Beobachtungen über kürzere Reaktionen bei zweiten Impfungen auch bei anderen Infektionen wie der Pockenrevaccination bekannt.

Sitzung vom 13. Juni 1906.

Nobl stellt vor:

1. einen **Lichen scrofulosorum** bei einem Patienten mit ausgebreitetem Scrofuloderma.

2. ein **Leukoderma syphiliticum** vom Halse auf die Schultern reichend und in weiterer Folge übergehend in ähnliche, durch eine Pityriasis versicolor dargestellte Flecken.

3. einen ausgebreiteten **Lichen ruber planus.**

4. papilläre Wucherung auf einer **Lues condylomatosa.**

Swoboda stellt vor:

1. die dystrophische Form der **Epidermolysis bullosa.** Bei dem neunjährigen Knaben treten seit der Geburt erbsen- bis eigroſse, hämorrhagische Blasen an den Händen und Beinen und anderen äuſseren Traumen ausgesetzten Stellen auf, während sie artefiziell nicht hervorgerufen werden können.

Diskussion: Nobl hält die Hautaffektion der Epidermolysis für einen entzündlichen Prozeſs im Papillarkörper, wofür auch der hohe Eiweiſsgehalt der Blasen spricht. Auffallend ist bei dem Kinde das Fehlen der Nägel an vier Zehen und das Restieren von Pseudomilien, ein Zeichen besonderer Beteiligung der Schweiſsdrüsen.

Ullmann verweist auf den Befund eines von ihm in der Gesellschaft für Kinderheilkunde vorgestellten Falles; die hellen Blasen trocknen bald ein und hinterlassen eine Pigmentierung. Ihre Decke wird von der ganzen Dicke der Epidermis gebildet, die Cutis ist fast gar nicht alteriert, so daſs die Annahme einer entzündlichen Natur unwahrscheinlich ist.

2. einen Knaben mit einer **Urticaria pigmentosa**; neben zahlreichen Pigmentierungen auch frische Urticariaefflorescenzen; ein anderer vor einiger Zeit beobachteter Fall zeigte um die zentral gelegenen Pigmentflecke einen lichten, ödematösen Hof und ganz an der Peripherie eine rote Zone.

Gellis demonstriert einen **Herpes zoster gangraenosus** cervicobrachialis sin. mit Aberrierung einzelner Bläschen auf die rechte Körperhälfte.

Ullmann zeigt:

1. zwei Fälle symmetrischer Vitiligo, von denen der eine als Begleiterscheinungen auch eine Struma und beschleunigten Puls aufweist. Auf Thyreoidin besserte sich der letztere, die Vitiligo blieb unbeeinfluſst.

2. einen 76jährigen Mann, der seit zehn Jahren eine ziemliche Schwellung des rechten Handrückens bemerkt, über welcher die Haut die ausgebildeten Erscheinungen der Atrophia cutis mit lividroter Verfärbung, Verdünnung und Fältelung aufweist. Die Schwellung beruht nur auf Dickenzunahme der Weichteile, während die Knochen nicht verdickt sind, sondern im Röntgenbilde eher beginnende Atrophie darbieten.

3. einen ausgebreiteten **Lupus erythematosus** an den Wangen, Ohren, Augenlidern und der Mundschleimhaut. Hier ist besonders die Unterlippe beteiligt, ebenso der harte Gaumen, an dem ein über guldengroſses flaches, mit feinen Granulationen bedecktes, fast gereinigtes Geschwür zu sehen ist.

Oppenheim demonstriert (aus der Klinik Finger):

1. einen **Lichen ruber planus** an den Extremitäten und dem Skrotum.

2. zwei Fälle von **Atrophia cutis idiopathica,** von denen der erste in diffuser, typischer Form der Erythromelie Pick an beiden unteren Extremitäten ausgebreitet ist, oben scharf absetzt und nach unten an Intensität zunimmt. Bei dem zweiten sind neben der diffusen Lokalisation auch Flecken von Anetodermie, ohne daſs man bestimmt das Entstehen der diffusen Herde aus solchen einzelnen Flecken nachweisen könnte, wie es oft beschrieben wurde.

Brandweiner zeigt ein elfmonatliches Kind, bei dem sich innerhalb einiger Tage zahlreiche rote, kleine Knötchen mit einem kleinen Bläschen in der Mitte zerstreut am Halse, den Extremitäten und dem Gesäfs unter mäfsigem Juckreiz entwickelt haben. Es handelt sich wohl um einen **Strophulus infantum**, nicht um eine beginnende Prurigo.

Diskussion: Riehl würde dieses Exanthem nur als Urticaria papulosa bezeichnen, das auch bald vergehen dürfte. Strophulus aber ist eine chronische Affektion und kann auch nur aus diesem Verlaufe diagnostiziert werden.

Nobl demonstriert ein siebenjähriges Kind mit Erscheinungen von Skrofulotuberkulose, einem Senkungsabscesse im rechten Hüftgelenke, einem Scrofuloderma an der rechten unteren Extremität und daneben ein deutliches papulonekrotisches Tuberkulid mit zahlreichen Narben.

Mucha stellt vor:

1. einen Fall von **PAGETs disease**; an der linken Mammilla eine seit $1^1/_2$ Jahren bestehende, scharf kreisförmige Erosion, die mit gelben Borken bedeckt, in der Tiefe der Mamma derbe Knoten tasten läfst.

2. eine **Bromakne** in Form zahlreicher akneähnlicher, mit Borken bedeckter Efflorescenzen im Gesichte und an den Extremitäten bei einem Epileptiker.

Ehrmann demonstriert mikroskopische Präparate mit dem Nachweise von **Spirochaete pallida** im Perineurium und zwischen den Nervenfasern im Präputium (Umgebung einer Sklerose).

Zumbusch zeigt aus der Klinik Prof. Riehl:

1. einen **Pemphigus pruriginosus** bei einer 65jährigen Frau. Neben frischen Blasen diesen vorausgehende serpiginöse Erytheme, an deren Rand unter starkem Jucken bald eintrocknende Bläschen auftreten.

2. eine **Bromakne**, die nach der Einnahme einer Lösung von Natriumbromat 5,0 : 200,0 nach fünf Tagen unter starkem Jucken an der Brust und den unteren Extremitäten in Form zahlreicher roter, vielfach gruppierter und rasch vereiterter Knötchen auftrat.

3. eine **Ichthyosis** bei einem 18jährigen Mädchen, besonders stark ausgebildet an den Axillen und den Seitenflächen des Thorax. Schweifsbildung normal.

Diskussion: Riehl hebt diese atypische Lokalisation an den Beugeseiten hervor. Die Haare sind nicht affiziert, während die Lanugohaare stark beteiligt sind. Es gibt übrigens Fälle von Ichthyosis, die geradezu Hypertrichosis, besonders bei Frauen an den Unterschenkeln zeigen und die Auffassung der Ichthyosis als Bildungsanomalie unterstützen.

Pick demonstriert ein **tuberoserpiginöses Syphilid**, das ähnlich einem Zoster unter der linken Scapula sich ausbreitet. Daneben Erythema nodosum ähnliche Knoten an den unteren Extremitäten. Infektion der Patientin vor zwei Jahren.

Riehl zeigt zwei Fälle von **Morbus Recklinghausen** und zwar

1. ein fünfjähriges Mädchen mit gröfseren und kleineren Pigmentflecken an Brust- und Rückenhaut. Daneben zahlreiche, kleine, in die Haut eingestreute Knötchen von Fibroma molluscum Virchow.

2. bei einer älteren Frau zahlreiche ähnliche ephelidenartige und auch gröfsere Pigmentierungen; dagegen vollständiges Fehlen von Fibromen; aber die Patientin gibt an, dafs ihre Mutter neben ähnlichen Flecken zahlreiche, herunterhängende Tumoren hatte. Es gibt also solche Formes frustes als Bindeglied zwischen dem entwickelten Bilde des Morb. Recklinghausen und den angeborenen Pigmentanomalien.

Zumbusch stellt noch vor:

1. eine seit $1^1/_2$ Jahren bestehende **Mykosis fungoides**. Fast auf der ganzen

Körperoberfläche, besonders intensiv im Gesichte und am Stamme sieht man starke, erythematöse Flecken, die sich in guirlandenförmigen Linien abgrenzen und durch Konfluenz unregelmäßig begrenzte Flächen bilden, zwischen denen Streifen normaler Haut übrig bleiben. Neben diesen Stellen prämykotischen Ekzems bestehen auf ihnen sich erhebende, flache, weiche, fein schuppende bräunlichgelbe, juckende Infiltrate als Zeichen beginnender Wucherung und Tumorbildung.

2. **Pemphigus der Mundschleimhaut** mit mehreren teils frisch erodierten, teils eitrig belegten Stellen an den Lippen, den Wangen und dem Gaumen. Am Rande derselben erkennt man oft noch flottierende Epithelsäume, die aber bald weggeschwemmt werden.

Riehl zeigt das anatomische Präparat eines eigenartigen **Brunstorganes der Gemse**. Hinter dem Geweih tritt am Hinterhaupt jeweilig zur Brunstzeit ein kleinapfelgroßes Organ hervor. Dasselbe besteht aus stark ausgebildeten Falten, deren Gewebe sich histologisch, wie aus dem eingestellten Präparate ersichtlich, aus gewucherten Talgdrüsen zusammensetzt; es handelt sich also um ein Talgdrüsenorgan, dessen Hypertrophie mit der sexuellen Tätigkeit zusammenhängt.

Zumbusch demonstriert ein **Keratoma hereditarium palmare und plantare** bei einem 42jährigen Maurer und dessen Sohn. Bei beiden ist es stärker in den Hohlhänden ausgebildet. Die noch nicht ganz vollständige Anamnese ergibt sonst in der Familie und in der Ascendenz keine ähnliche Störung.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 5.

1. **Zur Lehre des Lichen ruber pemphigoides**, von G. Trautmann-München. Beschreibung eines Falles von Lichen ruber planus, bei dem etwa vier Wochen nach Beginn der in Gebrauch von Arsenik und Einreibungen von Karbol-Sublimatsalbe bestehenden Behandlung auf der Basis erythematös gerötoter Hautflecke zahlreiche erbsen- bis wallnußgroße, mit dünnflüssigem, schwach gelblichem Sekret prall gefüllte Blasen sich bildeten. Die Blaseneruption dauerte zwölf Wochen und war von unregelmäßig remittierendem Fieber begleitet; sie verschonte von der ganzen Körperoberfläche nur den Rücken, zeigte sich auch an den Schleimhäuten der Lippen und Nasengänge und war so stark, daß das eigentliche Krankheitsbild fast bis zur Unkenntlichkeit verändert wurde. Nach 13 Wochen war der Pemphigus fast ohne Pigmentierung der Haut geheilt; der Lichen dagegen verschwand erst nach weiteren zwei Monaten, während dieser Zeit entstanden an verschiedenen Körperstellen multiple Warzen, die dem Bilde des Lichen verrucosus entsprachen. — Der fürchterliche Juckreiz widerstand allen Salben, auch dem vielgerühmten Bromocoll; nur durch häufige, warme, prolongierte Bäder ließ er sich einigermaßen lindern. Das durch die Blasen bedingte Spannungsgefühl wurde durch Eröffnung der Blasen gemildert; ihre Decken wurden abgetragen und der Körper mit Bor-Amylum eingepudert.

Der Fall ist als Lichen ruber pemphigoides anzusehen. Die Blasen der selten vorkommenden pemphigoiden Varietät des Lichen ruber planus stellen nach Kaposi einen Exzeß in Quantum und Intensität der entzündlichen Exsudation, also eine Intensitätssteigerung, aber keine Wesenheit des Lichenprozesses dar. Mikroskopisch

nachweisbare Blasen oder besser mit Exsudat gefüllte Lücken im Epithel gehören ja zum histologischen Bilde des Lichen ruber planus, und diese makroskopisch nicht wahrnehmbaren Blasen vergrößern sich in seltenen Fällen so, daß sie sichtbar werden, der Lichen ruber planus wird zu einem Lichen ruber vesiculosus oder pemphigoides. Zu unterscheiden von diesem sind natürlich die Fälle, in denen zu einem Lichen ruber planus sekundär eine idiopathische oder symptomatische Blasenaffektion hinzugesellt. Verursacht wird die Intensitätssteigerung der Entzündung, der Exsudationsexzeß, der zur Bildung makroskopisch sichtbarer Blasen führt, wohl in erster Linie durch äußere Irritationen, insbesondere durch Kratzen, dann aber auch durch Reiben, Druck, durch den Reiz äußerlich angewandter Medikamente, wie Karbol und Sublimat, die ja auch sonst auf der Haut manchmal Blaseneruption hervorrufen. Außerdem aber kann wohl auch der Gebrauch von Arsen, das bei vielen Menschen schon auf gesunder Haut Blasenbildung bewirkt, bei Kranken mit Lichen ruber planus einen Reizzustand der Oberhaut herbeiführen, der in einer Steigerung der entzündlichen Exsudation mit dem Effekt der Blaseneruption seinen Ausdruck findet. Daß eine solche Steigerung der Entzündung nicht in allen Lichen ruber-Fällen, in denen die genannten Momente einwirken, auftritt, wird wohl daran liegen, daß die Haut nicht bei allen Menschen auf äußere Irritationen und den Gebrauch von Arsenik qualitativ und quantitativ in der gleichen Weise reagiert. In seltenen Fällen mag der Exsudationsexzeß auch durch die Individualität des einzelnen Patienten oder durch den Intensitätsgrad der der Krankheit zugrunde liegenden, unbekannten Noxe bedingt sein. — Zum typischen Bilde des Lichen ruber planus gehört die Blasenbildung jedenfalls nicht, sie ist vielmehr als eine Atypie anzusehen, deren seltenes Vorkommen das ursprüngliche Bild des Lichen ruber planus nicht wesentlich beeinflußt und nicht als Beweis für die von manchen Autoren behauptete Polymorphie des Lichen ruber planus angesehen werden kann.

2. **Strichförmige Hauterkrankungen**, von L. Fischel-Berlin. Kurze Mitteilung über drei Fälle von strichförmigen Hauterkrankungen. Die beiden ersten waren Fälle von typischem Lichen ruber planus; der eine von diesen begann mit dem Auftreten eines schmalen Striches von Lichenknötchen auf der hinteren Seite der rechten unteren Extremität genau in der Linie des zweiten Sakralsegmentes; etwa zwei Finger breit davon entfernt fand sich an der Innenseite des Unterschenkels ein zweiter Strich von Lichenknötchen, der in dem von einem Hauptaste des Nervus saphenus versorgten Gebiete verlief. Während diese lineären Eruptionen sich entwickelten, traten auch am ganzen Rumpfe Lichenknötchen auf, während die Arme frei blieben. Im zweiten Falle begann die Erkrankung am linken Handrücken und stieg in Form einer kaum 1 cm breiten Linie zum Ulnarrand des Vorderarms empor; die Linie verlief etwa auf der Grenze zwischen den beiden Hautgebieten, die vom Nerv. cut. antibrach. dorsal. (aus dem Radialis) und dem Ram. dors. man. (des Ulnaris) versorgt werden, fast genau der Richtung des Ram. anastom. uln. entsprechend.

Der dritte Fall endlich betraf einen 16jährigen jungen Mann, bei dem sich auf der rechten Stirnseite, dem Verlaufe des Nerv. supraorbitalis folgend, ein etwa daumenbreiter, gelbbräunlicher nach oben über die Stirnhaargrenze hinaus, nach unten bis auf das obere Augenlid reichender Streifen fand. Auf diesem dunklen Streifen sah man eine große Anzahl erbsengroßer, pigmentloser, weißer, rundlicher Flecken. Die Sensibilität war überall intakt, subjektive Beschwerden fehlten vollständig. Die genauere Untersuchung ergab, daß die Haut der erkrankten Stelle leicht eingezogen und verdünnt und über dem Knochen schwerer als die gesunde Haut verschieblich war; die Haare auf der mitergriffenen Partie der Kopfhaut waren spärlicher als auf den übrigen Stellen, der Knochen zeigte sich vertieft und verdünnt. Es handelte sich

demnach um einen atrophischen Prozefs, der Haut, Unterhautzellgewebe und Knochen gleichzeitig ergriffen hat, eine trophoneurotische Erkrankung, die als eigenartig strichförmig lokalisierte Hemiatrophia facialis progressiva oder Sklerodermie en bandes zu bezeichnen ist. Symptomenkomplex und Verlauf des Falles sind wohl geeignet, die Ansichten Hallopeaus und Hutchinsons über die Identität der chronischen progressiven Sklerodermie und der Hemiatrophia facialis progressiva zu stützen.

3. **Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis**, von W. A. Nestorowsky-St. Petersburg. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Monatsberichte für Urologie.

1906. Band XI. Heft 6.

I. **Bemerkungen zur Eosinophilie des blennorrhoischen Eiters**, von C. Gutmann-Strafsburg i. E. Über die Bedeutung des Vorkommens eosinophiler Zellen im Sekret bei Blennorrhoe der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane ist bisher in allgemein-pathologischer und diagnostisch-prognostischer Beziehung wenig Positives gebracht worden. Aus seinen Untersuchungen an 58 Männern bestätigt Gutmann die Beobachtungen von Posner, Max Joseph und Polano, dafs im Anfang der Blennorrhoe gar keine oder nur vereinzelte eosinophile Zellen sich nachweisen lassen; jedoch sind ihm eine ganze Reihe von Beobachtungen begegnet, in welchen selbst auf der Akme der Erkrankung der Gehalt des Sekretes an Eosinophilen gering war. Das Auftreten reichlich eosinophiler Zellen bei Fällen, welche durch periurethrale Infiltration oder Abscesse oder durch Prostatitis mit eitriger Einschmelzung kompliziert waren, ist vielleicht auf uns unbekannte Veränderungen zurückzuführen, welche unter dem Einflusse der Gonokokken bezw. ihrer Toxine in dem Gewebe sich abspielen und auf die eosinophilen Zellen chemotaktisch einwirken.

Bei der Blennorrhoe des Weibes ist von vielen Seiten über das Vorkommen eosinophiler Zellen im Sekret der Cervix und der Urethra berichtet. In der Aussicht auf histologische Untersuchungen beschränkte G. seine Beobachtungen teilweise auf das Sekret der Bartholinischen Drüsen. Eine Erkrankung der letzteren fand sich unter 34 Fällen 16 mal, und zwar neunmal einseitig, siebenmal doppelseitig. Aus dem klinischen Bilde, welches die erkrankte Drüse darbietet, kann man nicht auf einen hohen oder geringen Gehalt des Sekretes an eosinophilen Zellen schliefsen; doch darf bei eitriger Einschmelzung der Drüsensubstanz in der Mehrzahl der Fälle das Erscheinen reichlich eosinophiler Zellen im Sekret vermutet werden. Bei der histologischen Untersuchung von Bartholinischen Drüsen, deren Sekret gröfsere Mengen von eosinophilen Zellen enthielt und die exstirpiert und in Formalin fixiert waren, wies der Verfasser zwar im periglandulären Gewebe zahlreiche eosinophile Zellen nach, aber es gelang nicht, auch nur eine Mitose zu finden oder eine eosinophile Zelle auf der Durchwanderung durch die Gefäfswand zu ertappen, oder eine besondere Lokalisation der eosinophilen Zellen um die Gefäfse herum zu ersehen.

Bezüglich des Verhaltens der Gonokokken zu den eosinophilen Zellen und des Gonokokkengehaltes der an diesen Zellen reichen Sekrete bestätigt Gutmann die Angabe Bethmanns, dafs er nie Gonokokken in einer eosinophilen Zelle gesehen habe. Den Befund von Max Joseph und Polano, dafs die Zahl der eosinophilen Zellen im umgekehrten Verhältnis zur Zahl der Gonokokken zu stehen scheint, bestätigt G., weist aber zugleich darauf hin, dafs er trotz zahlreicher eosinophiler Zellen auch reichlich Gonokokken gefunden habe, so dafs man einen Fall, dessen Sekret reichlich eosinophile Zellen enthält, doch nur mit gröfstem Vorbehalt prognostisch günstig auffassen darf.

II. **Über Pyelitis als Schwangerschaftskomplikation**, von W. F. Orlowski. Aus drei angeführten Krankheitsgeschichten geht hervor, dafs diese Fälle eine akute Pyelitis während der Schwangerschaft erlitten, ohne jemals vorher eine Pyelitis gehabt zu haben. Nach einigen Tagen akuten Verlaufs der Krankheit sank in zwei der mitgeteilten Fälle bereits die Temperatur zur Norm unter gleichzeitigem Schwinden der Schmerzen und Zunahme der Harnquantität. Unmittelbar nach der Polyurie verschwand die Dehnung des Nierenbeckens. In keinem der drei Fälle wurde die Schwangerschaft unterbrochen.

Wie grofs die Bedeutung der Kompression des Lumens des Ureters durch den schwangeren Uterus für die Entwicklung der Pyelitis bei Schwangeren ist, und wie ohne dieses Moment die Bakterien der nicht spezifischen (nicht blennorrhoischen und nicht tuberkulösen) Affektion der Harnorgane an und für sich nicht imstande sind, eine Erkrankung derselben hervorzurufen, geht aus den Angaben der Literatur hervor. Über diese gibt Verfasser eine Übersicht und führt ein Verzeichnis von 77 Veröffentlichungen an.

III. **Über die therapeutische Verwendung des neuen Lokalanästhetikums Novocain in der urologischen Praxis.** Sammelreferat.

IV. **Bemerkungen zu Dr. Bernsteins Publikation „Eine Flaschenspritze" im 5. Heft des XI. Bandes dieser Zeitschrift**, von Blanck-Potsdam. Bl. weist darauf hin, dafs die Bedeutung der Sauberkeit bei den Harnröhreninjektionen ihn bereits veranlafst hat, ein aseptisches Taschеninjektionsbesteck zusammenzustellen, mit welchem der Tripperkranke die verordnete Einspritzung richtig und sauber ausführen kann und wundert sich, dafs Bernstein in seiner Veröffentlichung dieses Besteck nicht erwähnt. *Schourp-Dansig.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1906. Heft 5.

I. **Der diagnostische Wert der Triassymptome bei hereditärer Syphilis**, von Ralph R. Campbell-Chicago. Zusammenstellung einer Anzahl von Fällen aus der Literatur und aus eigener Beobachtung, welche eine Lues hereditaria tarda darstellen, ohne jemals ein oder mehrere Symptome der Hutchinsonschen Trias aufgewiesen zu haben, und Anerkennung der Lehre Fourniers, dafs eine latente hereditäre Lues ohne vorhergegangene Erscheinung in später Kindheit, in der Pubertät und im Alter Tertiärerkrankungen hervorbringen kann.

II. **Syphilis der Nase und der accessorischen Sinus**, von Wm. Scheppegrell-New Orleans. Allgemeine Bemerkungen über primäre und tertiäre Nasenlues und Hinweis auf die Paraffinprothesen von Eckstein und Borckhart.

III. **Syphilitische Labyrintherkrankungen**, von W. Sohier Bovant-New York. Die Diagnose ist in Fällen ohne weitere syphilitische Begleiterscheinungen schwierig; im Gefolge der hereditären Lues sind Labyrintherkrankungen häufig und bilden mit der Hutchinsonschen Zahndeformität und der diffusen, interstitiellen Keratitis ein wichtiges pathognomisches Merkmal. — Aufser Jod- und Hg-Kuren ist die subcutane Injektion von 2%iger Pilocarpinlösung in zunehmender Dosis, vier bis zwölf Tropfen, täglich empfohlen worden.

IV. **Larynxsyphilis**, von Max J. Schwerd-New York.

V. **Komplikationen bei Hals- und Nasensyphilis**, von Andrew B. Kirkpatrick-Philadelphia. Bericht von Fällen von Tonsillitis, Ozaena, Laryngitis, hinter denen eine nicht sogleich diagnostisierte Lues lag und welche erst auf antiluetische Behandlung heilten.

VI. **Die Diagnose von tertiärsyphilitischen Veränderungen im Pharynx,** von Gilman Davis-Portland. Differentialdiagnose zwischen Gummata, Carcinom und Tuberkulose der Tonsillen.

VII. **Syphilitische Veränderungen des Auges,** von W. K. Butler-Washington.

1906. Heft 6.

I. **Augensyphilis,** von Richard Kalish-New York.

II. **Alopecia syphilitica,** von August Ravogli-Cincinati. Luetische Patienten sind von vornherein auf die Möglichkeit des Haarausfalls aufmerksam zu machen, genau so wie auf die Möglichkeit der Auflockerung des Zahnfleisches. Es empfiehlt sich, zweimal wöchentliches Waschen des Haares mit Spiritus saponatokalinus und tägliche Einreibung der Kopfhaut mit Resorcin- oder Formalinspiritus zu verordnen. Bei eingetretener Alopecie bewährt sich eine Lösung von Hg bichlorat in Alkohol und Camphorwasser oder die Kataphorese mit 1%iger Sublimatlösung bei 30 mille Ampère.

III. **Beteiligung der Eltern bei der Übertragung der Syphilis,** von S. Charles Mish-San Francisco. Paterne und materne Infektion des Sprößlings. Gleichgültigkeit der einzelnen wie der Behörden gegen die Infektion.

IV. **Die Diagnose der Hirnsyphilis,** von Moses W. Hoge-St. Louis. Bemerkungen über Pachymeningitis, gummöse Leptomeningitis und Erkrankung der Hirnarterien.

V. **Syphilis des Nervensystems,** von C. C. Hersman-Pittsburg.

VI. **Syphilis bei den Negern,** von Eugene R. Corson-Savannah. Die Behauptung, die Neger erkranken weniger leicht als die Weißen an Lues, ist unrichtig. Die Neger sind vielmehr nach ihren Gewohnheiten, Geistes- und Sittenanschauungen häufiger der Infektion unterworfen als die Weißen, wie sie ja auch empfänglicher für Tuberkulose und Blennorrhoe sind.

VII. **Einfluß der Syphilis auf Gesundheit und Lebensdauer,** von J. H. Salisbury-Chicago. Die Syphilis befällt fast 10% der Bevölkerung und macht 1% der Todesfälle aus. Ungefähr 5% Syphilitiker sterben an den Folgen ihres Leidens. Die Syphilis ruft unter den Kindern große Vernichtungen hervor und führt zur Degeneration der affizierten Familie.

VIII. **Die Behandlung von Lichen tropicus,** von H. H. Fletcher-Winchester. Fletcher empfiehlt die Anwendung von Katharmon, einer Mischung von Phytolacca decandra, Gaultheria procumbens, Hamamelis virginica, Hydrastis canadensis, Mentha arvensis und Thymus vulgaris. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Juni 1906.

Die Radiotherapie des Ringworm am Spital St. Louis zu Paris, von R. Sabouraud. Der bekannte französische Forscher hielt über dieses Thema auf der Jahresversammlung der dermatologischen Gesellschaft von Großbritannien und Irland einen eingehenden Vortrag, wobei er auch die von ihm teilweise neu eingeführten Apparate und Technik genau beschreibt. Die außerordentlich guten Resultate, welche S. speziell beim Ringworm mit der Röntgentherapie erzielte, dürften den Lesern der Monatshefte aus früheren Veröffentlichungen des Autors bereits bekannt sein. Es sei nur kurz angeführt, daß Ringworm in Paris sehr häufig zu sein scheint, daß die Behandlungsdauer, früher im Durchschnitt 27 Monate betragend, durch die Röntgenstrahlen auf sechs Wochen herabgesetzt und die Heilungskosten daher verminderte

(von ca. 2000 Fr. auf 260 Fr. pro Fall) sind. Die Zahl der von 1903—1905 behandelten Fälle beträgt 831. Eine Anzahl photographischer Abbildungen der Apparate und deren Anwendungsart sind der Arbeit beigegeben.

Juli 1906.

Die Histologie eines Falles von Naevus linearis, von H. G. Adamson-London. Die mikroskopische Untersuchung der Naevi linearis hat gezeigt, dafs sie nicht immer dieselbe histologische Struktur haben; in einigen Fällen waren sie aus dem einen oder anderen Hautorgan, wie z. B. agglomerierten Haarfollikeln und Talgdrüsen (Hallopeau), aus Schweifsdrüsen (Elliot) usw. zusammengesetzt, in der Mehrzahl der Fälle jedoch haben sie den Typus des harten Naevus, das ist eine lokalisierte Akanthosis und Hyperkeratosis mit mehr oder weniger Zellinfiltration und Gefäfserweiterung in dem Derma. Ähnlich war auch der vorliegende, in seinen histologischen Einzelheiten genau vom Verfasser beschriebene Fall beschaffen, es waren keinerlei entzündliche Veränderungen im Corium vorhanden, was dafür spräche, dafs diese immer erst sekundärer Natur sind und keinen wesentlichen Bestandteil der primären Hautveränderung bilden. Das zur mikroskopischen Untersuchung gewählte Stück war einem Teil des Naevus oberhalb der Brustwarze, wo er weiche, stecknadelkopfgrofse, hellbraune Papeln bildete, entnommen. Näheres über die Ausdehnung des Naevus usw. enthält die Arbeit, welcher eine Zeichnung über den histologischen Befund beigegeben ist, nicht.

Eine experimentelle Studie über einige Fälle von Urticaria, von W. Erasmus Paramore. (Fortsetzung folgt.) *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juli 1906.

Intramuskuläre Injektionen mit Hydrargyrum sozojodolicum in der Syphilistherapie, von Alexander Garceau-San Franzisko. (Fortsetzung und Schluſs.) In längerer Ausführung bespricht G. die bekannten Vorteile der Injektionsmethode und hat speziell mit löslichen Hg-Salzen, von welchen ihm das obengenannte wegen seines gleichzeitigen Gehalts an Jod das bestgeeignete scheint, sehr gute Erfahrungen gemacht. Er liefs sich eine Lösung von seinem Chemiker (Lengfeld) präparieren, welche nur Hg sozojodolicum (½ % Hg) und Jodnatrium enthielt, die Einspritzungen wurden jeden dritten bis vierten Tag gemacht (zwei Monate lang) und dann ein mildes Hg-Präparat (Protojodid c. Opio), zweimal täglich zwei Monate hindurch innerlich gegeben. G. fand, dafs seine Patienten durch diese innere Hg-Medikation keinerlei Störung zeigten, wenn die Injektionen vorausgegangen waren. Mit den Einspritzungen von Hg sozojodolicum erlebte G. niemals einen Abscefs, Knoten oder ähnliche Zufälle und fand, dafs die Privatpatienten, obwohl sie häufiger den Arzt aufsuchen mufsten, durch diese Methode mehr befriedigt waren, als durch die früheren. Eine Anzahl Fälle von primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis aus Verfassers eigener, wie anderer Ärzte Praxis, welche mit Hg sozojodolicum behandelt wurden, illustrieren dessen Vorzüge.

Zwei Fälle von Pagets disease, mit X-Strahlen behandelt, und Bericht über den mikroskopischen Befund in einem derselben nach lange fortgesetzter Behandlung, von M. B. Hartzell-Philadelphia. Die zwei Fälle, der eine eine 53-jährige, der andere eine 60jährige Frau betreffend, werden nicht wegen irgendeines speziellen klinischen Verlaufs, sondern wegen des dabei erzielten therapeutischen Erfolges einer besonders eingehenden Beschreibung, zumal des histologischen Befundes unterzogen. In dem ersten Falle trat unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen stets

zunehmende Besserung ein, bis nach etwa fünf Wochen und der 19. Sitzung die erkrankte Stelle völlig geheilt war; es trat jedoch bald ein Rezidiv auf und auch dieses heilte rasch (nach 12 Sitzungen) unter der Röntgentherapie. Beinahe ein Jahr lang, währenddessen die Bestrahlungen in durchschnittlich dreitägigen Pausen und Sitzungen von 10—15 Minuten Dauer fortgesetzt wurden, blieb Patientin verschont, dann aber stellte sich wieder ein Rezidiv mit Vergrößerung und Schwellung der Brust ein, so daß dieselbe operativ entfernt wurde, nachdem die Röntgenbestrahlung diesmal nicht den gewünschten Erfolg hatte. Das histologische Studium, welches an verschiedentlich entnommenen Stücken vorgenommen wurde, zeigte die Epidermis etwas verdickt, mäßige Parakeratosis, hie und da große, Vakuolen enthaltende Zellen; die Papillen fehlten beinahe völlig, kurz eine Dickenzunahme des Corium mit Ausfall der letzteren; die ausgesprochensten Veränderungen zeigten aber die Milchgänge der Drüsen selbst, die mit Epithelzellen, welche verschiedenartige Veränderungen und Degenerationszustände aufwiesen, angefüllt waren. Den größeren Teil der beschriebenen Veränderungen erklärt H. als die Folge des Krankheitsprozesses, manche derselben aber führt er auf die Einwirkung der Behandlung (durch die Röntgenstrahlen) zurück, wie Pigmentablagerung im Corium, Atrophie der drüsigen Elemente usw. Verfasser schließt aus den klinischen und histologischen Ergebnissen der beiden Fälle, daß die systematisch lange Zeit hindurch angewandte Röntgenbestrahlung eine völlige Heilung der Pagets disease, so lange die Erkrankung auf die äußere Haut beschränkt ist, erzielt, sobald aber die Brustdrüse selbst und deren Gänge befallen sind (epitheliale Proliferation), keinerlei Erfolg mehr hat. Möglichst frühzeitige Röntgenbestrahlung und, wenn die Drüse ergriffen ist, ausgiebigste Operation sind also die beiden Hauptfaktoren der Therapie.

In der Diskussion, welche sich an den Vortrag Hartzells (auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 28. bis 30. Dez. 1905) anschloß, erklärte Ravogli, er habe zwar selbst einen Fall von Pagets disease unter X-Strahlen nahezu völlig zur Heilung kommen sehen, aber er hält diese Heilung nur für eine vorübergehende und dauernden Erfolg nur durch das Messer für möglich.

Allen ist derselben Ansicht, die X-Strahlen seien aber zur Nachbehandlung von großem Werte.

Gilchrist hatte im ersten Stadium der Krankheit — geringe Exkoriation der linken Warze bei einer 50jährigen Frau — vorzügliche, nun über ein Jahr anhaltende Resultate mit X-Strahlen.

Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, mit dem autoptischen Befund, von Frank Hugh Montgomery und Peter Bassoe-Chicago.

Bei dem 46jährigen Mann begann die Krankheit mit einer großen Blase an der Plantarfläche des rechten Fußes, in wenigen Tagen erschien eine erythematöse und stellenweise vesikuläre Eruption am linken Fuß, eine Woche später waren in ähnlicher Weise die beiden Seiten der Glutäalgegend ergriffen und nach etwa einem Monate beinahe die ganze Oberfläche des Körpers mit einem roten, leicht schuppenden Ausschlag bedeckt. Während der ersten Wochen war heftiges Jucken und Brennen vorhanden, zwei Monate nach Generalisierung des Ausschlags fielen die Haare an der Schamgegend aus, ebenso die Augenbrauen, welch letztere wieder nachwuchsen. Die Nägel waren leicht verdickt und zeigten Querfurchen. Das Allgemeinbefinden wurde immer schlechter, Patient wurde unruhig, schlaflos; tonisch-diätetische Behandlung, sowie die äußeren Mittel konnten nur vorübergehend Erleichterung bringen und Patient starb etwa 1½ Jahre nach dem Beginn der Erkrankung. Die autoptische Untersuchung brachte nicht viel Licht in die Natur des Hautleidens, ebenso wie der Todesursache, die wahrscheinlich als Toxämie, sekundäre Folge des Hautleidens,

aufzufassen ist. Letzteres muſs nach dem ganzen Verlauf und dem autoptischen Befund wohl als primäre Infektion der Haut, die den Marasmus weiterhin bewirkt, angesehen werden. Einen Zusammenhang mit Tuberkulose, wie ihn vor allem Jadassohn annimmt, möchten Berichterstatter nicht ohne weiteres zugeben, glauben aber, daſs diese Form von Pityriasis rubra Hebrae viel eher unter die Klasse der schweren Hauterkrankungen, wie z. B. des Pemphigus foliaceus, als unter die gewöhnlichen Formen der Dermatitis exfoliativa eingereiht werden soll; vorläufig müſste aber diese spezielle klinische Hautkrankheit die von Hebra gewählte Bezeichnung beibehalten.

In der Diskussion, welche sich (auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 28. bis 30. Dez. 1905) anschloſs, waren fast alle Redner der Ansicht, daſs es sich hierbei um eine spezielle, fast stets tödlich verlaufende Erkrankung handle. Elliot machte die Erfahrung, daſs der Tod fast stets in irgendeiner Form der Tuberkulose eintrete und erwähnt zwei Fälle mit tuberkulöser Enteritis.

Louis A. Duhring glaubt, daſs mit dem Sammelnamen Pityriasis rubra verschiedene klinische Typen von Fällen zusammengefaſst wurden, der Typus Hebrae aber, speziell in Amerika, auſserordentlich selten sei.

Pemphigus vegetans, von A. Ravogli - Cincinnati. Der Fall dieser relativ seltenen Krankheit, welchen R. auf der 29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen eingehend beschrieb und hier unter Beigabe trefflicher Abbildungen wiedergibt, betraf eine 25jährige Russin, begann am Nabel mit groſsen Blasen, bald wurde die Mundschleimhaut befallen und zwar in auſserordentlich schwerer Weise und die Blasen breiteten sich nach oben und unten über den ganzen Körper aus. Dieselben brachen auf, hinterlieſsen eine rauhe, bald mit Granulationen bedeckte Oberfläche, immer neue Blasen traten an den Ecken der alten auf und letztere bildeten sich an vielen Stellen (beiden Achselhöhlen, oberer Brusthälfte, Rumpf, Genitalien) zu graubraunen, blumenkohlähnlichen Vegetationen um. Es war heftiges Jucken und Brennen und während der ganzen Dauer der Krankheit remittierendes Fieber von 38—39,5 ° C. vorhanden; nach Auftreten einer unstillbaren Diarrhoe stellte sich der Tod ein, nachdem die Affektion 1¾ Jahre gewährt hatte. Die Therapie hatte sich völlig machtlos erwiesen: Arsenik wurde in den verschiedensten Formen gegeben, äuſserlich bewirkte zwar milde Resorcinsalbe Abfall der Vegetationen, aber es stellten sich immer neue Blasen und ausgedehnte Exkoriationen ein, wogegen alle möglichen feuchten und trockenen Verbandmittel angewandt wurden, ebenso das Dauerbad, das zwar einige Erleichterung brachte, aber schlieſslich wegen der Schwäche der Patientin aufgegeben werden muſste. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich als die auffallendste Erscheinung des Pemphigus vegetans die Erweiterung der Blut- und Lymphgefäſse, woher die Exsudation, welche Ödem in Derma und Epidermis verursacht, entsteht, ferner Proliferation der anatomischen Elemente des Derma und Infiltration, wodurch die elastischen Fasern zum Schwinden gebracht werden. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 6.

Über einen Fall von Epitheliomatosis pigmentosa (Paget) nebst einer Theorie des Carcinoma mammae, von Ch. Audry. Der Fall selber bietet nichts besonderes Bemerkenswertes. Krebs der rechten Brustdrüse mit Ausdehnung auf die Nachbarschaft. Es befinden sich aber in der Haut der Drüse auch verschiedene warzenartige schwarze Flecke, die offenbar von dem Pigment der Brustwarze ihren Ausgang nahmen. Auch diese Flecke entpuppten sich unter dem Mikroskop als

krebsige Infiltration mit reichlichem Pigment; dieses ist namentlich in den oberflächlichen Schichten der Cutis und in den Papillen angehäuft.

An diesen Befund knüpft A. nun einige Betrachtungen. Er hält es für ausgemacht, daſs die stark gefärbten Hautmetastasen von der Brustwarze ausgewandert sind; da man nun aber die Brustwarze ganz wohl als melanotisches Gewebe ansprechen kann, so hat sie im vorliegenden Fall die Rolle eines Naevus und Naevocarcinoms gespielt. Nun läſst A. seine Gedanken weiter spielen und betrachtet die Brustwarze überhaupt als einen Naevus pigmentosus, indem er dabei den Unnaschen Standpunkt einnimmt. Er führt aber seine Theorie noch einen Schritt weiter: Nicht nur die Brustwarze, sondern die ganze Brustdrüse sei nichts anderes als ein Naevus, als ein Naevocarcinom im Sinne Unnas und beides, Brustdrüsenkrebs und Krebs des Hautnaevus seien histologisch gleichwertige Gebilde.

Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Klinische und histologische Untersuchungen, von Joseph Nicolas und M. Favre-Lyon. Die beiden Fälle betreffen einen Knaben von sechs Jahren und eine 71jährige Wäscherin. Bei jenem reichen die ersten Anfänge der Erkrankung — Erythem — etwa vier Jahre, bei dieser sieben bis acht Jahre zurück. Befallen sind bei beiden hauptsächlich Gesicht und Hände. An der Diagnose Xeroderma pigmentosum — auf erythematösem Boden achromatische, narbige Flecke, Pigmentflecke, verruköse und epitheliale ulcerierte Knoten — ist nicht zu zweifeln. Die Verfasser geben eine genaue histologische Beschreibung einzelner dieser Tumoren. Interessant sind auch verschiedene klinische Angaben, so z. B. die Beobachtung, daſs beim Kind im Verlauf von interkurrenten Röteln die Epitheliome und zum Teil auch die Warzen verschwanden. An eine dauernde Besserung glauben die Verfasser in diesem Falle aber nicht, fürchten vielmehr, daſs der Prozeſs nach einiger Zeit wieder weitere Fortschritte machen wird. Auch die radiotherapeutischen Erfolge des zweiten Falles — gleichfalls Verschwinden der Tumoren — werden von ihnen nicht allzu zuversichtlich betrachtet. — Während sich nun die beiden Fälle in klinischer Hinsicht nicht nennenswert unterscheiden, glauben die Verfasser doch die Prognose für das Kind als infaust hinstellen zu müssen, während sie bei der Greisin auf einen milderen Verlauf rechnen.

Atrophische Sklerose der Haut und allgemeine Myositis, von G. Petges und C. Cléjat - Bordeaux. Die 30jährige Patientin, Taglöhnerin, ist erblich schwer belastet; beide Eltern starben an Tuberkulose. Die Krankheit begann mit Ödemen des Gesichts und der Arme, dazu gesellte sich eine Myositis zahlreicher Muskeln, die jede Bewegung äuſserst schmerzhaft machte. Die Haut ist an groſsen Teilen des Oberkörpers verdickt, gespannt, von kleiiger Abschuppung. An den Vorderarmen besteht Erythem und daneben auch starke Hypertrichose. Die Haut der Unterextremitäten ist fast normal. Die inneren Organe lieſsen sich, wegen der groſsen Schmerzen, die die Kranke bei jeder Bewegung empfand, nicht untersuchen; Husten bestand aber nicht. Patientin ging unter allerlei Zwischenfällen kachektisch zugrunde. Bei der Sektion fanden sich in beiden Lungen groſse Kavernen.

Das Mikroskop förderte einen Befund zutage, der ganz dem bei Sklerodermie bekannten entsprach: Die Epidermis und das Stratum reticulare der Cutis sind stark verdünnt, in der Subcutis dagegen besteht fibröse Hyperplasie. Die Schweiſsdrüsen sind sklerosiert, die Fettknäuel in einem fibrösen Bindegewebe zum Teil erdrückt. Die Gefäſse der Subcutis haben stark verdickte Wände. Das elastische Gewebe ist, namentlich in den oberen Schichten der Cutis, reichlich vorhanden. Auſserdem fanden sich überall in der Haut, besonders aber in der vom Arm und Vorderarm stammenden, eigentümliche, zellgroſse Körperchen von rundlicher Form und homogenem Bau, in der Mitte eine hellere Zone enthaltend, die an einen entfärbten Kern denken läſst.

Diese Körperchen liefsen sich mit keinem der bis jetzt bekannten Gebilde identifizieren, ähnliche Formen sind nur von Darier und Meyer (1867) beschrieben worden.

Die Verfasser bezeichnen den vorliegenden Fall als eine atrophierende Sklerodermie, wenn er auch mit keiner bekannten Form der Sklerodermie ganz übereinstimmt. Sie geben zum Schlufs ihrer Meinung Ausdruck, dafs diese Krankheit durch Toxine hervorgerufen werde und dafs im vorliegenden Falle der Tuberkelbacillus, der sich massenhaft in den erkrankten Lungen vorfand, diese Toxine geliefert habe.

Miliare Fibrome der Follikel mit nachfolgender Sklerodermie, von W. Dubreuilh. Bei der 44jährigen Patientin entwickelte sich aus dem Zusammenflufs kleiner miliarer Fibrome, welche die Follikel umgaben, das Bild einer Sklerodermia diffusa progressiva der Extremitäten. Die einzelnen Tumoren erschienen hart, hervorspringend, deutlich gegen die Nachbarschaft abgegrenzt; doch lehrte das Mikroskop, dafs sie allmählich in die Umgebung übergingen; daher konnte denn auch durch ihr Zusammenfliefsen eine diffuse Sklerodermie zustande kommen. Die Knötchen waren vor neun Monaten unter leichtem Jucken zuerst an den Vorderarmen entstanden.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band I. Heft 6.

1. **Kombinationscystoskop für Irrigationscystoskopie, Evakuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren,** von A. Freudenberg-Berlin. Das Kombinationscystoskop stellt eine Vervollkommnung des im Jahre 1904 von Fr. angegebenen (Band 41 Seite 118 der *Monatshefte* erwähnten) Ureterencystoskops dar. Die neu angebrachten Verbesserungen betreffen namentlich die für alle Zwecke gemeinschaftliche Optik, die nicht mehr wie die Optik aller bisherigen Cystoskope einen runden Querschnitt hat, sondern auf einer Seite abgeplattet ist; es fehlt ein Segment vom runden Querschnitt. Die Zwischenwand, die bei dem alten Modell Frs. zwischen Optik und dem für die Katheter bestimmten Raum vorhanden war, ist jetzt weggelassen, die Ureterenkatheter schleifen direkt auf der abgeplatteten Fläche der Optik. — Die Vorteile des neuen Instruments sind: 1. es kann nach einander zu den verschiedensten Zwecken (einfache Cystoskopie, Irrigationscystoskopie, Evakuation, Katheterismus eines oder beider Ureteren) benutzt werden, ohne dafs das äufsere Rohr aus der Harnröhre entfernt werden mufs; 2. seine einzelnen Teile, die Optik und die Lampen ausgenommen, können durch Kochen sterilisiert werden; 3. es läfst sich anwenden, ohne dafs die Blase vorher ausgespült werden mufs; 4. es ermöglicht namentlich beim Gebrauch ovaler Ureterenkatheter eine ausgiebige Spülung und selbst eine Drainage der Ureteren; 5. es erleichtert das Liegenlassen von Kathetern in den Ureteren; 6. es hat trotz der Möglichkeit, dicke Katheter zu verwenden, bei grofsem Gesichtafelde nur das Kaliber Nr. 23 Charrière; das ist dadurch erreicht, dafs durch das Fortfallen besonderer Kanäle für die Ureterenkatheter Raum eingespart wurde und der durch die Abplattung der Optik gewonnene Raum für die Unterbringung der Ureterenkatheter, bezw. des Irrigationsrohres verwendet werden konnte.

2. **Artifizielle Synorchidie nach Durchschneidung des Samenstranges bei grofsen Hernien oder sehr hochsitzenden Hodenektopien,** von Mauclaire. N. hat in zwei in den *Ann. génito-urin.* (1902 und 1905) erschienenen Arbeiten die artifizielle Synorchidie, d. h. die künstliche Vereinigung der beiden Hoden und ihrer Samenkanälchen geschildert und das Verfahren für Fälle von Hodenektopie, Varicocele, Verletzung des Vas deferens, Knoten- und Cystenbildung im Nebenhoden und infektiöser oder traumatischer Obliteration des Vas deferens empfohlen; in all diesen

Fällen wird der Samenstrang, wenn er nicht bereits verletzt ist, intakt erhalten. Neuerdings aber hat M. auch die artifizielle Synorchidie mit Durchschneidung des Samenstranges ausgeführt.

Der vollständige Verschluſs des Leistenkanals ist bei groſsen Leistenhernien, namentlich wenn es sich um fettleibige oder emphysematöse Patienten oder Leute mit schlaffen Bauchdecken und Enteroptose handelt, sehr wünschenswert. Da nun mehrfache Beobachtungen gezeigt haben, daſs der Hoden auch nach Durchschneidung des Samenstranges noch mit arteriellem Blute versorgt wird und daher nicht oder nur teilweise atrophiert, hat M. bei drei Herniotomien den Samenstrang der betreffenden Seite in der Höhe der inneren Öffnung des Leistenkanals durchschnitten, diesen vollständig verschlossen und die artifizielle Synorchidie in der früher beschriebenen Weise vorgenommen. Einer der drei Patienten war ein Emphysematiker mit sehr schlaffen Bauchdecken, bei den beiden anderen waren die Brüche nach Herniotomien alsbald wieder erschienen. In allen drei Fällen war der Erfolg ein guter; in zwei Fällen verlor der transplantierte Hoden wohl an Volumen und auch seine Druckempfindlichkeit nahm ab, aber zu einer wirklichen Atrophie kam es nicht. — M. glaubt, daſs bei doppelseitigen Leistenbrüchen auch die Durchschneidung beider Samenstränge, entweder gleichzeitig oder nach einander, mit artifizieller Synorchidie ausgeführt werden könne; der Doppelhoden würde seiner Überzeugung nach nicht ganz atrophieren, die innere Sekretion bliebe wohl erhalten.

Die künstliche Vereinigung beider Hoden nach Durchschneidung eines Samenstranges erscheint M. auch angezeigt bei sehr hochsitzenden Hodenektopien, bei denen der Hoden auch nach Lösung der Samenstrangadhäsionen nur schwer oder überhaupt nicht nach abwärts gebracht werden kann. M. hat in einem solchen Falle das Verfahren mit Erfolg angewandt, der transplantierte Hoden wurde nur um ein geringes kleiner.

3. **Einteilung und pathogenetische Bedeutung der orthostatischen Albuminurien**, von J. Teissier-Lyon. Die Bezeichnung „orthostatische Albuminurie", unter der vielfach Albuminurien ganz verschiedener Art zusammengefaſst werden, ist nur für solche Fälle berechtigt, in denen der Übergang aus der horizontalen Lage in vertikale Stellung für sich allein genügt, um Eiweiſsausscheidung hervorzurufen; und auch bei solcher Einschränkung lassen sich nach T. noch drei durchaus verschiedene und ungleichwertige Gruppen unterscheiden: 1. Die sehr häufig vorkommenden „gemischten orthostatischen Albuminurien", das sind die Albuminurien orthostatischen Charakters, die sich an vorausgegangene, anscheinend ausgeheilte infektiöse Nephritiden anschlieſsen. 2. Die „associierten orthostatischen Albuminurien", bei deren Auftreten neben dem Übergang in aufrechte Stellung stets noch ein zweiter ätiologischer Faktor, geistige Überanstrengung, eine Verdauungsstörung, nervöse Depression oder dergleichen mitspielt. Im strengen Sinne sind auch diese beiden Gruppen keine echten orthostatischen Albuminurien. 3. Die selten vorkommende echte orthostatische Albuminurie, die einen klinisch und urologisch scharf umschriebenen Typus darstellt und als eine Art „konstitutionelle Minderwertigkeit" aufzufassen ist. Die Ausscheidung von Eiweiſs mit dem Urin wird in den hierher gehörigen Fällen nur durch den Übergang in vertikale Stellung verursacht, andere Momente, wie die Diät, körperliche oder geistige Anstrengungen usw., sind für das Auftreten dieser Albuminurie ohne Bedeutung; höchstens kann man beobachten, daſs die Eiweiſsausscheidung unter dem Einflusse körperlicher Betätigung verschwindet. Die Patienten sind junge, magere, schlecht entwickelte Leute mit kleinem Herzen, niedrigem arteriellen Druck, neuropathischen Erscheinungen und vasomotorischen oder sekretorischen Störungen. Der in der Periode der Eiweiſsausscheidung entleerte Urin ist trübe, enthält ziemlich viel

Schleim und sehr oft grofse Mengen von Phosphaten und von Chlorverbindungen, Serumalbumin (Serin), aber keine Cylinder. Was aber die Fälle von echter orthostatischer Albuminurie vor allen ähnlichen Albuminurien auszeichnet, das ist die erhöhte Durchlässigkeit der Nieren bei vollständiger Erhaltung der Funktion des Nierenepithels; die Phloridzinprobe ergibt stets positive Resultate, die molekuläre Ausscheidung ist, wie die kryoskopische Untersuchung des eiweifshaltigen Urins zeigt, ganz beträchtlich gesteigert, die Zahl der ausgeschiedenen Molekule steigt auf 6000—8000, das Verhältnis $\frac{\Delta}{\delta}$ ist wesentlich herabgesetzt. Alle diese Erscheinungen treten schon zehn Minuten nach dem Übergang in vertikale Stellung auf, um 45—50 Minuten nach dem Niederlegen wieder zu verschwinden. — Die Ursache der Affektion sucht T. in der unvollständigen Entwicklung der Patienten und speziell in einer Bildungshemmung im Bereiche ihres Gefäfsapparates; im Momente des Aufstehens kommt es bei den Kranken, bei denen die Blutzirkulation schon durch die Enge der Gefäfse und den niedrigen Gefäfsdruck behindert ist, zu einem Gefäfskrampf und damit zur Anämie in den Nieren, nach dem Aufhören des Krampfes strömt sehr rasch Blut in die Nieren ein, die infolge der unvollständigen Entwicklung der Glomeruli aufsergewöhnlich durchlässig sind und infolge dessen Serumalbumin ausscheiden. Diese Auffassung erklärt das häufige spontane Verschwinden der Affektion bei fortschreitender Entwicklung und Kräftigung der Patienten, sie gibt auch eine genaue Richtschnur für die Therapie. Strenge Diät und weitgehende körperliche Schonung sind durchaus nicht am Platze; die Kranken sollen wohl spät aufstehen und sich frühzeitig niederlegen, im übrigen aber, natürlich mit Mafs und Ziel, körperliche Übungen betreiben; aufserdem bedürfen sie einer kräftigen gemischten Kost, des Aufenthalts in der freien Luft, womöglich im Hochgebirge, und der Stärkung durch tonisierende Mittel, insbesondere Eisen und Arsen.

4. **Die Operation nach Freyer, die totale Prostatektomie auf suprapubischem Wege**, von Papadopoulos-Lyon. Beschreibung und Empfehlung der Prostatektomie nach Freyer.

Heft 7.

1. **Die kochsalzarme Diät**, von Fernand Widal - Paris. Ausführliche Darstellung der Physiologie und Pathologie des Kochsalzstoffwechsels. Die Ergebnisse seiner Studien fafst W. in folgenden Schlufssätzen zusammen:

Retention von Kochsalz, wie sie bei Brightscher Nierenkrankheit vorkommt, hat die Bildung von Ödemen zur Folge. Retention von Harnstoff führt dagegen zur „trockenen Urämie". In manchen Fällen von Brightscher Krankheit sind die Nieren für Kochsalz und Harnstoff, in anderen dagegen nur für eines von beiden undurchgängig; bei den urämischen Zuständen lassen sich diese verschiedenen Arten von Retention wohl unterscheiden. Bei Undurchlässigkeit der Nieren für die Chlorverbindungen mufs die Kochsalzzufuhr aufs äufserste eingeschränkt werden; ödematöse Nierenkranke haben von einer kochsalzfreien Fleisch- und Amylaceenkost viel gröfseren Nutzen als von reiner Milchdiät, die nur dann heilsam ist, wenn noch ein gewisser Grad von Durchlässigkeit für Chlorverbindungen besteht. Der Grad der Undurchgängigkeit für Chlorverbindungen ist bei einem und demselben Nierenkranken in den verschiedenen Perioden der Krankheit eine verschiedene. Wenn die Entziehung des Kochsalzes nicht genügt, müssen diuretische Mittel angewendet werden.

Der gesunde Mensch kann sich eine übermäfsige Kochsalzzufuhr mit der Nahrung erlauben; ein Mensch dagegen, dessen Nieren oder dessen Herz und Gefäfssystem nicht mehr intakt sind, mufs andauernd auf den Kochsalzgehalt der Speisen achten und eine Anhäufung überschüssigen Kochsalzes in seinen Geweben vermeiden. Zu Zeiten von

Nieren- oder Herzinsuffizienz ist eine absolut kochsalzfreie Diät geboten. Aber auch aufserhalb solcher Zeiten darf der Herz- und der Nierenkranke nur möglichst wenig gesalzene Speisen genieſsen; denn er weifs nie, in welchem Moment eine relative Sättigung seines Organismus mit Kochsalz eintritt.

2. **Steine in der Urethra beim Kinde,** von A. Broca. Kurze Mitteilung über zwei Fälle von Oxalatstein in der Harnröhre von Knaben. Bei beiden waren die Steine hinter dem Meatus in der Fossa navicularis festgeklemmt; in einem Falle verursachte der Fremdkörper heftige Schmerzen, komplette Retention und eine starke Ausdehnung der Blase; beim zweiten Patienten dagegen traten nur leichte Schmerzen und geringgradige Störungen der Miktion auf. In beiden Fällen handelte es sich wohl um gewanderte Nierensteine; abgesehen von dem Umstande, dafs es Oxalatsteine waren, sprachen dafür die krankhaften Erscheinungen, die dem Auffinden der Steine in der Harnröhre mehrere Monate vorausgegangen waren.

Heft 8.

1. **Eine Operation nach Freyer nebst dem Ergebnis der Sektion,** von E. Loumeau-Bordeaux. Mitteilung über einen Fall von Prostatahypertrophie bei einem 84jährigen, infolge von doppelseitiger Katarakt völlig erblindeten Greise, der, nach der Freyerschen Methode operiert, drei Tage nach der Operation an Bronchitis und Herzschwäche starb. L. hatte die hypertrophische Prostata und die Pars prostatica der Urethra zusammen in toto entfernen müssen, da sie unlösbar mit einander verwachsen waren. Die Untersuchung des Präparates zeigte, dafs es sich um ein cystisches Adenomyom der Prostata mit Vorwiegen der myomatösen Elemente handelte. Die Sektion liefs erkennen, dafs der Tumor vollständig entfernt und die Wunde durchaus aseptisch war; das letztere beweist, dafs die von Freyer angegebene Drainage vom Hypogastrium aus und die warmen Spülungen durch die Blase hindurch in der Tat vorzüglich wirken, und dafs die von Fuller und neuerdings von Cathelin empfohlene Drainage vom Perineum aus durchaus nicht unumgänglich notwendig ist. Bei dieser Gelegenheit weist L. darauf hin, dafs die Methode der suprapubischen Prostatektomie nicht von Freyer, sondern von Fuller stammt und von jenem nur verbessert wurde, allerdings in sehr wesentlichen und wichtigen Punkten. — Der Ausgang des mitgeteilten Falles wird für L. Veranlassung sein, die Operation bei sehr alten Leuten oder bei Kranken mit geschwächtem Herzen künftighin nur nach einer vorausgegangenen Kräftigung des Herzens durch Gebrauch von Coffein, Spartein oder dergleichen vorzunehmen.

2. **Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mittels Epididymotomie,** von Bazet-San Francisco. B. empfiehlt die operative Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis. Er incidiert am Ligamentum scrotale, spaltet den Nebenhoden parallel seiner Längsachse, punktiert die angeschwollenen eiterhaltigen Knötchen und vernäht zumeist, aber nicht immer die Wandung der Epididymis mit der Haut; dann wird die Höhle mit Gaze, die mit 10%iger Ichthyolglycerinlösung getränkt ist, austamponiert. Der Eingriff bringt die Schmerzen sehr rasch zum Verschwinden, das Fieber fällt sofort ab; die Wunde verheilt im Laufe einer Woche, die Kranken können zum Teil schon am vierten, längstens am siebenten Tage aufstehen. Üble Folgen der Operation, Hernien, Atrophie oder Nekrose des Hodens hat B. niemals beobachtet.

3. **Die eheliche Hygiene bei den Hindus,** von Charles Valentino-Pondichéry.

Heft 9.

1. **Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Instillationen von Höllenstein und nachfolgender Einführung eines Zinkbougies,** von F. Balzer und A. Tansard. Bringt man auf lebendes Gewebe eine Höllensteinlösung und berührt dann

mit metallischem Zink, so entsteht metallisches Silber, eine Silbereiweifsverbindung und Spuren von Chlorsilber, ferner minimale Mengen von Chlorzink und salpetersaures Zink. Diese energische und rasch eintretende Reaktion benutzen die Verfasser zur Behandlung der chronischen und auch der subakuten Blennorrhoe. Sie injizieren je nach dem Krankheitssitz in die Pars anterior oder posterior der Urethra 10—20 Tropfen einer 1%igen Höllensteinlösung und führen unmittelbar darnach ein mit Vaselin bestrichenes Bougie aus metallischem Zink ein. Das Bougie, das ein Kaliber Nr. 32—40 Béniqué besitzt und vor der Einführung in destilliertem Wasser ausgekocht werden soll, bleibt ein bis zwei Minuten liegen; innerhalb dieser Zeit ist die Reaktion eingetreten, was sich durch Schmerzen, insbesondere aber durch Ausfliefsen schwarzgefärbten Vaselins anzeigt. Nach der Herausnahme wird das Bougie sofort gereinigt und mit Jodkaliumlösung abgerieben, nach wiederholtem Gebrauche mufs es neu poliert werden. Die Sitzungen sind in kürzeren oder längeren Zwischenräumen zu wiederholen. — Die Prozedur wirkt, namentlich durch das sich bildende salpetersaure Zink, energisch ätzend, doch hält sich die Wirkung, wenn keine zu starke Höllensteinlösung benutzt wird, innerhalb der gewünschten Grenzen; die Verfasser haben mehrmals am Tage nach einer Sitzung mit dem Urethroskop untersucht und in keinem Falle Spuren eines Schorfes auf der Schleimhaut gesehen, bei Untersuchungen $1^1/_2$ Monate nach Beendigung der Behandlung wurden niemals Zeichen einer beginnenden Striktur beobachtet. Das Verfahren ist indiziert bei chronischer Blennorrhoe des vorderen und namentlich des hinteren Harnröhrenabschnittes, besonders wenn die urethralen Drüsen infiziert sind, am Ende akuter Urethritiden, wenn der Eintritt der Heilung sich verzögert, bei Urethritis mit Cystitis und, am besten verbunden mit Prostatamassage, bei chronischer Prostatitis, endlich bei Prostatorrhoe und Spermatorrhoe; bei chronischer Urethritis mit Infiltration der Harnröhrenwand mufs gleichzeitig dilatiert werden. Ebensogut wie bei der Blennorrhoe des Mannes ist das Verfahren auch bei der Blennorrhoe des Weibes anwendbar. Als Beweis für seine Wirksamkeit teilen die Verfasser am Schlusse der Arbeit kurz 13 Beobachtungen mit, in denen sie mit ihrer neuen Behandlungsmethode Heilung erzielt haben.

2. **Die Vibrationsmassage der Prostata**, von Nicolich-Triest. Die von Sabb in den *Ann. génito-urin.* 1906 Nr. 5 empfohlene Vibrationsmassage der Prostata wendet N. schon seit mehr als zwei Jahren an und hat damit in vielen Fällen von chronischer Prostatitis sehr gute Resultate erzielt. Insbesondere werden durch diese Art der Massage die nervösen Störungen und Beschwerden, welche die chronische Prostatitis so oft begleiten, meist sehr günstig beeinflufst, während sie durch digitale Massage bei manchen Kranken verstärkt werden. In anderen Fällen dagegen ist wieder die digitale Massage vorzuziehen, da sie eine bessere Entleerung der Drüsen ermöglicht.

Götz-München.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1906. Heft 5.

Der Schanker der Mandeln, von Louis Babut-Bordeaux. Der syphilitische Primäraffekt ist merkwürdigerweise an den Lippen viel seltener als an den Mandeln; er ist an dieser Stelle um so unerwünschter, als er starke Schluckbeschwerden macht und der sicheren Diagnose grofse Hindernisse bereitet. Er vermag zum Beispiel eine Diphtherie vorzutäuschen; man kann ihn mit sekundären Plaques, selbst mit oberflächlichen Gummata oder mit anderen bösartigen Neubildungen der Mandeln verwechseln, am häufigsten war aber noch immer seine Verwechslung mit der Plaut-Vincentschen Angina. Erst durch die Schaudinnsche Entdeckung der Spirochaeta

pallida ist ein sicheres, differentialdiagnostisches Merkmal geschaffen. Selbstverständlich war auch bisher der umgekehrte Fall möglich, dafs man eine der genannten anderen Erkrankungen für einen Schanker der Mandel hielt. Ein solcher Irrtum ist selbst FOURNIER begegnet, der 24 Stunden lang eine Diphtherie für ein Ulcus specificum der Mandel hielt; dadurch wurde der richtige Zeitpunkt für Serumeinspritzung versäumt, und die Patientin starb.

B. bereichert das Kapitel des Mandelschankers um sieben weitere Beobachtungen; seine Erfahrungen berechtigen ihn zu dem Ausspruch — der den Ansichten GAUCHERS widerstreitet — dafs die Prognose dieser Form von Syphilis eine günstige sei; nur erreiche man nichts mit örtlicher Behandlung des Geschwürs, man müsse sofort mit Hg-Einspritzungen beginnen.

Die Kontagiosität der Alopecia areata, von H. HALLOPEAU. In dieser kleinen Streitschrift, die sich besonders gegen JACQUET richtet, trägt H. alle Punkte zusammen, die geeignet sind, die parasitäre Natur der Alopecia areata zu beweisen: ihr Auftreten in Familien, in Schulen, in Kasernen, an bestimmten Orten; ihr klinischer Verlauf entspricht einer parasitären Ursache; durch parasiticide Mittel wird sie leicht beseitigt; die Ärzte und die übrigen Angestellten des Hôpital Saint-Louis werden öfter von der Krankheit befallen, nur die Schwestern nicht, da diese ihren Kopf immer bedeckt halten. Liest man diese und die weiteren Argumente, so ist man geneigt, H. Recht zu geben, wie man ihm auch in seiner Bekämpfung der JACQUETschen Reflextheorie beistimmen möchte. JACQUET hat in der Tat einen schweren Stand, wenn er die Alopecia areata reflektorisch durch Zahnbeschwerden entstehen läfst, während die beschäftigtesten Zahnärzte erklären, niemals Fälle von Alopecia areata zu Gesicht bekommen zu haben, während diese Krankheit bei geeigneter Behandlung heilt, unbekümmert um den Zustand der Zähne. Indessen mufs auch JACQUET gehört werden; vielleicht antwortet er im Journal. *Türckheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Geschlechtsübergänge (Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere. Sexuelle Zwischenstufen), von MAGNUS HIRSCHFELD - Charlottenburg. (Verlag der *Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene*, W. Malende, Leipzig.) Für diejenigen Leser, die sich mit der Frage der Geschlechtsübergänge eingehender beschäftigen, bietet die vorliegende Arbeit nicht viel Neues, wenn auch einiges noch nicht bekannt war. Der Verfasser verfolgt ja mit seinem Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen den auch im vorliegenden Büchlein beabsichtigten Zweck der Aufklärung über ein drittes Geschlecht, dort im Jahrbuch in mehr spezialistischer Form, hier mehr in allgemein übersichtlicher Fassung. Hauptsächlich soll die zu besprechende Arbeit der Ansicht entgegentreten, dafs es Übergänge zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht nicht gibt. Das dritte Geschlecht ist nicht, wie angesehene Tageszeitungen schreiben, die Erfindung verpesteter Gehirne und perverser Herzen. Durch eine Reihe von Abbildungen sucht der Verfasser diese Übergänge zwischen den beiden Geschlechtern verständlich zu machen, auch fügt er seinen Ausführungen zahlreiche Bilder halber und ganzer Homosexueller bei, die zum Teil berühmte und bekannte Persönlichkeiten darstellen. Seine theoretischen Erörterungen fafst er in eine Reihe von Leitsätzen zusammen: „Jeder Geschlechtskranke ist in der

befruchteten Keimzelle präformiert, eingeboren. Alle Geschlechtsmerkmale beruhen auf einer verschieden starken Entwicklung einer einheitlichen Anlage, sind demnach quantitative (graduelle). Jedes Geschlechtszeichen durchläuft drei Stadien, das latente, indifferenzierte und differenzierte (ungeschlechtliche, eingeschlechtliche und zweigeschlechtliche) Stadium. In jedem Bion, das aus der Vereinigung zweier Geschlechter hervorgegangen ist, finden sich neben den Zeichen des einen Geschlechts die des anderen oft weit über das Rudimentärstadium hinaus in sehr verschiedenen Gradstufen vor. Jeder Geschlechtscharakter kann für sich abweichen, doch läßt sich eine Relation in den Abweichungen nachweisen, welche sich in derselben Zeitperiode entwickeln. Je später die Differenzierung eines Geschlechtszeichens erfolgt, um so häufiger weicht seine Graduierung von dem sexuellen Durchschnitt ab. Die Variabilität der Individuen in somatischer und psychischer Hinsicht hängt zum großen Teil von dem sehr variablen Mischungsverhältnis männlicher und weiblicher Attribute ab." Hirschfeld berichtet des weiteren über zwei recht lehrreiche Fälle; der eine betraf einen völligen Irrtum über das Geschlecht, der andere einen Hermaphroditismus. Friederike S. kam 1861 in einem bayerischen Dorfe zur Welt in einer nach allen Richtungen hin als gesund geltenden Familie. Sie galt als Mädchen und wurde als solches erzogen, hatte aber Vorliebe für Knabenspiele. Zur Zeit der Entwicklung stellte sich keine Menstruation und keine Veränderung der Brüste ein. Im 17. Jahre zeigte sie Stimmwechsel. Im Beginn der zwanziger Jahre beobachtete sie Barthaare an Kinn und Oberlippe. Masturbiert hat sie an der Clitoris seit ihrer Pubertät. Ihre sexuellen Triebe wandten sich stets dem weiblichen Geschlecht zu. In ihren Träumen spielten Frauen die Hauptrolle, wobei sich die Clitoris erigierte. Vor dem Coitus mit einem Manne besteht direkter Abscheu. Vier Heiratsanträge lehnte sie ab. Zweimal duldete sie Coitus inter femora und blieb ganz unbefriedigt. Nach dem Geschlechtsakte mit Weibern fühlt sie sich im Gegenteil befriedigt. Konnte sie kein weibliches Wesen erlangen, so masturbierte die Frau. Habitus und Körperbau sind männlich. Die Geschlechtsteile zeigen äußerlich weiblichen Charakter. In der rechten oberen Schamlippe ist ein hodenartiges, hühnereigroßes Gebilde zu entdecken. Von ihm geht ein Strang aus, der sich wie ein Vas deferens anfühlt. Cremasterreflex ist hierbei ebenfalls nachweisbar. Links läßt sich ein taubeneigroßes, ähnlich hodenartiges Gebilde aus dem Abdomen durch den Leistenkanal herausdrücken. Der Coitus wird von der Frau teils in normaler Weise, teils als cunnilingus ausgeübt, wobei sich die reichliche schleimige Flüssigkeit ergießen soll. Diese soll sich nicht durch die Urethra entleeren. Friedenthal konnte nun in diesem Sekret zahlreiche normale Samenkörperchen nachweisen. Die Frau ist also ein Mann. Die Clitoris weist eine deutliche Eichel auf mit Sulcus coronarius. Das Glied ist 4 cm, bei Erektion 7 cm lang. Die Harnröhrenmündung liegt an ihm, 6 cm unterhalb der Spitze des Penis. Hymen fehlt. Vagina ist hinten verschlossen, sie endet in einer Tiefe von 3 cm blind. Die untersuchte Person ist heute 40 Jahre alt. *Hopf-Dresden.*

Handbuch der praktischen Medizin. Unter Redaktion von W. Ebstein-Göttingen und J. Schwalbe-Berlin herausgegeben von W. Ebstein. II. Band: **Die Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Die venerischen Krankheiten.** Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. (Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1905.) Von dem großangelegten, vierbändigen, schon ins Spanische, Italienische und Russische übersetzten Handbuch der praktischen Medizin liegt der zweite Band vor, welcher neben den uns weniger interessierenden Affektionen der Verdauungsorgane die Krankheiten der Harnwege, die venerischen Erkrankungen und die Krankheiten des männlichen Genitalapparates umfaßt. Das fast 1000 Seiten starke Buch (kostet 20 Mark und) bringt neben einem

erstklassigen textlichen Inhalt eine Anzahl guter Abbildungen dermatologischer Natur. Das uns angehende Material zerfällt in die beiden grofsen Abschnitte Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates, sowie in die venerischen Krankheiten. Die Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter bearbeitete Rosenstein-Leiden, die Krankheiten der Harnblase Kümmel-Hamburg, die Krankheiten des Penis nebst Harnröhre, des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges, der Samenblase und der Prostata Jadassohn-Bern, die funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates Fürbringer-Berlin, während wiederum die venerischen Krankheiten in toto von Jadassohn beschrieben werden. Es sei gestattet, aus den letzterwähnten beiden Abschnitten einiges mitzuteilen. Bei der Impotenz ist bekanntlich das normale Beischlafsvermögen gestört oder aufgehoben im Gegensatz zur Impotentia generandi, bei welcher die Störungen nur die Zeugungsfähigkeit betreffen. Die Impotentia coeundi beruht entweder auf Mifsbildungen und Defekten der Geschlechtsteile, also auf mechanischen Störungen, oder auf Allgemeinkrankheiten, auf funktionellen Störungen. Schwere konsumtive Erkrankungen, wie Zuckerkrankheit, Fettsucht, Morbus Brightii und Rückenmarksschwindsucht, zerstören die Geschlechtskraft teilweise oder gänzlich. Intoxikationen üben ebenfalls, wenn auch in geringerem Grade, einen störenden Einfluſs aus. Dem Weingeist wird eine solche Einwirkung allerdings in viel zu grofsem Mafse zugeschrieben. Die Impotenz beruht weniger auf der Wirkung des Weingeistes selbst, als auf der alkoholischen Neurasthenie. Auch den Tabak sucht man neuerdings zu beschuldigen, die Impotenz herbeizuführen. Morphium vermag letzteres zweifellos. Der Marasmus beeinträchtigt zwar die Potenz bedeutend, doch hat das vielfach für Schwindsüchtige im letzten Stadium keine Berechtigung. Die Neurasthenie ist jedenfalls die Hauptquelle des Geschlechtsunvermögens. Man kann geradezu von nervöser Impotenz sprechen. Eine Form derselben ist die psychische Impotenz, wie sie häufig bei jung Verheirateten zu beobachten ist. Auch die relative Impotenz gehört hierher, bei der der Geschlechtsakt mit Dirnen eher gelingt, als derjenige mit der körperlich wie sittlich einwandsfreien Ehefrau. Bei der neurasthenischen Impotenz beobachtet man nicht selten rein idiopathische Formen, die ohne bekannte Ursache auftreten. Gyurkovechkys Behauptung, die Spermatorrhoe sei durch Masturbation, die Impotenz stets durch geschlechtliche Exzesse verursacht, ist nicht in allen Fällen zutreffend. Es gibt viel impotente Neurastheniker mit schwerer onanistischer Anamnese. Der chronische Tripper tritt als ätiologischer Faktor daneben mit in den Vordergrund. Analog der Hysterie bei Frauen mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane gibt es auch eine Tripperneurasthenie. Nervöse Impotenz findet man fast nur bei den sozial höheren Schichten der Bevölkerung. Curschmann hat auf die Schwankungen in der geschlechtlichen Leistungsfähigkeit mancher Neurastheniker hingewiesen — temporäre Impotenz. Die Impotenz läfst bestimmte klinische Gruppen erkennen, so die Impotentia nervosa irritativa Casper mit vorzeitigem Samenerguſs, die wohl auf Lendenmarksneurose gedeutet werden mufs. Ihre exzessiven Formen, die Ejaculatio ante portas, nähern sich schon der Tagespollution. Eine zweite Form zeigt neben gemindertem Trieb und Orgasmus plötzlich herabgesetzte Steifigkeit des Gliedes entweder vor oder während des Aktes. Eine dritte Form weist neben mangelnder Erigenzkraft gesteigerte Libido auf, eine vierte Impotenz auf Grund geistiger Ablenkung durch besondere Berufsgeschäfte, künstlerische Aufgaben oder geistige Arbeiten. Eine weitere Form beruht auf Überempfindlichkeit der Glans penis. In exzessiver Weise äufsert sich die Impotenz in der paralytischen Form, bei der Libido und Erektion völlig geschwunden sind. Angeboren ist sie auch zu beobachten und tritt dann als äufserster Grad geschlechtlicher Kälte in Erscheinung. Zur paralytischen Impotenz zählt Verfasser die Skythenkrankheit und das Leiden der Majerados (Hammond) als angebliche

Folge des beständigen Reitens. Die auf mechanischer Grundlage basierte Impotenz kann nur chirurgisch behandelt werden, die auf Allgemeinkrankheiten beruhende mufs die Therapie gegen letztere zur Voraussetzung ihrer Behandlung haben. Die nervöse Impotenz bedarf einer elektrischen, physikalischen und eventuell medikamentösen Therapie. Finger empfiehlt lebhaft eine mafsvolle elektrische Behandlung, doch vermögen zu starke Faradisierungen oder Galvanisierungen direkt schädlich zu wirken. Nur bei atonischen Formen wird man die Ströme etwas stärker nehmen dürfen. Intraurethrale elektrische Therapie ist zu vermeiden. Auch hydriatische Mafsnahmen vermögen Heilungen zu erzielen, leider nicht entfernt in allen Fällen. Nützlich erscheint dem Verfasser die Massage des Körpers, besonders nach dem von Zabludowski angegebenen Turnus. Von Heilmitteln kommen Brom, Strychnin und Kokain in Frage; von Kanthariden, Phosphor, Yohimbin Spiegel sah Fürbringer wenig Erfolge. Organextrakte, wie Spermin Poehl und Hodensaft nach Brown-Séquard haben auf die allgemeine Neurasthenie nach Angaben russischer und französischer Ärzte einen günstigen Einfluſs. Die Erfahrungen deutscher Kollegen sind minder günstig. Mechanischen Mitteln, wie der von dem Nichtarzt Gassen eingeführte Metallserpentine oder Gersons Binde sind gewisse, auf Stauungswirkung beruhende Erfolge nicht völlig abzusprechen, doch mufs man Vorsicht walten lassen. Ein solcher stets in der Tasche mitgeführter Apparat vermag ja auch psychotherapeutisch zu wirken. Vor dem „Kumulator" Gassens ist dagegen sehr zu warnen. Zum Schluſs verweist der Verfasser auf den Segen der Leibesübungen und unter Umständen der Eheschlieſsung. Noch einige Worte Jadassohns über die Therapie der Syphilis. Was die Abortivkuren anbelangt, so steht der Verfasser auf dem Standpunkte, in jedem Falle mit günstigen Bedingungen den Primäraffekt mit gröſster Energie zu zerstören: „Die Tatsache, daſs es dadurch gelingt, bei einer durch die klinische und durch die histologische Untersuchung als syphilitisch anzusprechenden Infektion allen Allgemeinerscheinungen vorzubeugen, ist für mich kaum mehr zweifelhaft" — sagt Jadassohn. Günstige Bedingungen sind dabei folgende: Kurze Zeit des Bestehens des Primäraffektes, Abgegrenztheit des Prozesses gegenüber der Umgebung, Freisein der Lymphdrüsen. Erfolgt trotzdem der sekundäre Ausbruch, so gestaltet sich der Krankheitsverlauf nach Ansicht des Verfassers dann jedenfalls, soweit der Primäraffekt in Frage kommt, günstiger. Ob die folgende Lues auch leichter ist, als sie sonst gewesen wäre, bleibt dahingestellt. Am unsichersten bleibt die Zerstörung durch chemische Mittel. Die Exzision nach oberflächlicher Verätzung mit Karbolsäure und subcutaner Kokainisierung ist das rationellste Verfahren. Jadassohn empfiehlt, mit der Allgemeinbehandlung zu beginnen, sowie die Diagnose sichergestellt ist, d. h. Anamnese und klinischer Befund übereinstimmen. Man warte also nicht erst in jedem Falle die ersten sekundären Erscheinungen ab. Die chronisch intermittierende Syphilisbehandlung ist ein unbedingtes Erfordernis jeder Luestherapie. So behandelte Kranke weisen selten tertiäre Erscheinungen auf. Je mehr Merkur man in den Frühstadien darreicht, desto weniger tertiäre Erscheinungen sieht man später. Jadassohn gibt nach einer energischen ersten Kur noch zwei mittelstarke Kuren im Laufe des ersten Jahres. Im zweiten Jahre soll wiederum eine stramme Kur mit zwei weniger energischen abwechseln. Im dritten Jahre gibt man zwei Kuren, je nach bisherigem Verlauf in ihrer Stärke zu bemessen — und falls nach Ende des zweiten Jahres noch spezifische Zeichen bemerkbar waren, im vierten Jahre noch eine Kur.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Echinococcus cysticus multiplex der Leber. Recente Lues. Operation. Heilung, von Josef Tyrman-Temesvár. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43.) Mitteilung eines Falles von Leberechinococcus bei einem Patienten, welcher vier Monate vorher eine Lues acquiriert hatte und noch papulöses Exanthem am Stamme aufwies. Etwa zehn Wochen nach der Operation der Echinococcusgeschwulst und Heilung der Wundhöhle trat ein Literus auf, der erst auf eine energische, antiluetische Behandlung zurückging. *Putzler-Danzig.*

Die syphilitischen Geschwülste der Leber im Anschluſs an zwei in der Charité operierte Fälle, von Otto Eltester. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Die syphilitische Osteoperiostitis, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 47.) Kurze Mitteilung über einen Fall von hereditärsyphilitischer Osteoperiostitis der Femora bei einem zwei Monate alten Kinde. Die Behandlung des Falles wird in Verabreichung von Mercurium cum creta bestehen, von dem das Kind zuerst 0,015 (= 0,005 Hg), später 0,03 pro die erhalten soll. *Götz-München.*

Symptome, Diagnostik und Behandlung der angeborenen und der erworbenen Knochensyphilis, von Mauclaire. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 35.) M. schildert, nachdem er einzelne Fälle als Beispiele angeführt, die verschiedenen Formen von Knochenlues und ihre Diagnose und bespricht kurz die Therapie. Neues bringt der Aufsatz nicht. *Götz-München.*

Ein Fall von syphilitischer Daktylitis der Zehe, von Astley Paston Cooper-Ashhurst. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 1906. Nr. 8.) Ein jetzt 40jähriger Mann hat vor zwölf Jahren Lues erworben. Er konsultierte den Verfasser wegen seines geschwollenen Fuſses, auf dessen Rücken sich zwei serpiginöse Ulcerationen befinden und dessen Mittelzehe eine typische Daktylitis aufweist, wie sie sonst an den Fingern ihren Sitz zu haben pflegt. Auf Darreichung von Jodkali Heilung. *Schourp-Danzig.*

Tarsitis metica. (*St. Petersburger med. Wochenschrift.* 1905. Nr. 51.) Ischreyt demonstriert in der Ges. praktischer Ärzte zu Libau einen Fall von abgelaufener Tarsitis luetica mit Lidrandgeschwüren. *Putzler-Danzig.*

Syphilitische und hysterische Pseudoosteomalacie, von H. Schlesinger-Wien. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906. Nr. I.) Sch., der viele wahre Osteomalaciefälle gesehen hat, führt die Krankengeschichten zweier Fälle an, die auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose bei syphilitischer oder hysterischer Basis hinweisen. Der eine Fall täuschte in seinen Bewegungsstörungen eine initiale Osteomalacie vor; nur mit Rücksicht auf die Anamnese, die nächtliche Exacerbation der Schmerzen, auf den Tumor am Kreuzbein, auf den Beginn an nur einer Extremität wurde trotz Fehlens anderer syphilitischer Symptome an die Möglichkeit seltener Lokalisationen gedacht, und der Erfolg der kombinierten Jod-Quecksilberbehandlung bestätigte diese Annahme.

Ein Gegenstück hierzu war das Bild einer 62jährigen Frau, welche zwei Jahre vorher an (seniler?) Knochenerweichung gelitten haben und davon völlig wiederher-

gestellt worden sein sollte. Aber hier war der jähe Wechsel der Funktionsbehinderung und der Schmerzen in ganz kurzen Zeiträumen sehr auffallend trotz typischer Osteomalaciesymptome; von ausschlaggebender Bedeutung waren die Aufmerksamkeit des Kranken und die suggestive Beeinflussung für Vorhandensein bezw. Änderung des Symptomenkomplexes; aufserdem bestanden hysterische Stigmata und die Phosphormedikation war ohne ersichtlichen Einfluſs auf den Verlauf des Krankheitsprozesses.

Arthur Rahn-Berlin.

Syphilis als Ursache von Gangrän, von Louis Jullien. (*Rev. des Mal. de la Nutrition.* Juni 1904.) Wie alle infektiösen Erkrankungen kann auch die Syphilis Ursache von Gangrän werden. Eichhorst zählt unter 160 auf infektiöser Basis beruhenden Fällen von Extremitätengangrän neun als durch Syphilis verursacht. Verfasser berichtet über eine eigene Beobachtung von Gangrän der Bauchhaut bei einem syphilitischen Kinde, und einige Fälle aus der Literatur. Da die syphilitischen Veränderungen durch Endarteriitis bedingt sind, muſs man für die Gangrän eine Gefäſsobliteration als Ursache annehmen usw., wie Verfasser meint, nicht eine Obliteration durch Wucherung der Intima, auch nicht durch eine Embolie, sondern durch eine Thrombose.

A. Loewald-Colmar.

Syphilitische Keratodermie; Bericht über einen Fall, welcher mit „Erythema keratodes", der „Brookeschen Krankheit", Ähnlichkeit hatte, von A. Garceau-San Francisco. (*Calif. State Journ. Med.* Sept. 1905.) Patient war ein 33jähriger Fuhrmann und hatte seit seinem achten Lebensjahr an einem rezidivierenden Erythem beider Hände alle vier bis fünf Jahre gelitten. Er hatte drei Jahre vor der Aufnahme einen Schanker gehabt, aber angeblich niemals Sekundärerscheinungen. Unter Behandlung mit intramuskulären Injektionen von Hg-Socociodolicum verschwand die Affektion und war bei einer späteren Vorstellung nicht mehr vorhanden. Als Gegenstück schildert G. noch kurz einen Fall von echter Keratodermie.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über syphilitische Gummata der Augenlider, von F. Narich. (*Rev. méd.* de la Suisse-Rom. 1905. Nr. 11.) Das Gumma syphiliticum am Augenlid ist eine sehr seltene Erscheinung; Zeissl z. B. konnte unter 40000 Syphilitischen nur vier derartige Patienten beobachten. Das Gumma ist bald umschrieben, bald diffus. Im ersteren Falle nimmt es die Form einer kleinen Erbse oder Haselnuſs an, in dem anderen Fall zeigt es eine ausgedehnte Infiltration, charakterisiert durch Knoten von kleiner Ausdehnung, die erweichen, exulcerieren und nach aufsen sanguinolenten Inhalt entleeren. Bei der Vernarbung hinterbleibt ein weifsliches retraktiles Gewebe. Das syphilitische Augenlidgumma zeigt auch das Stadium der Knotenbildung, der Erweichung, der Ulceration und schliefslich das der Vernarbung. Neben dem isolierten Gumma und den disseminierten Gummatas tritt auch die Tarsitis syphilitica auf. Beim Auftreten einer solchen Affektion hat man die Differentialdiagnose von Epitheliom, Schanker, Hordeolum, Chalazion usw. mit in Rechnung zu ziehen. Die Hauptsache ist auch hier neben der Lokalbehandlung die gemischte antisyphilitische Behandlung.

Arthur Rahn-Berlin.

Einige ungewöhnliche Variationen des syphilitischen Erythems, von A. Cooper-London. (*Brit. Med. Journ.* 10. Feb. 1906.) Schildert im Abriſs elf Fälle als Beispiele von Abarten der Entwickelung des erythematösen Stadiums bei der Syphilis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Syphilis der oberen Luftwege, von P. Kremer. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1905. Nr. 21 u. 22.) Die Syphilis der oberen Luftwege wird noch gar zu oft von den praktischen Ärzten verkannt. Verfasser bespricht nun nacheinander die Initialmanifestationen an der Lippe, Zunge, Tonsillen, Naseneingang und Nasen-

rücken, die verschiedenen Produkte des irritativen Stadiums, die spezifischen Erytheme und Katarrhe und betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose in diesen Fällen. In einer grofsen Anzahl der Fälle spielt sich die konstitutionelle Syphilis ausschliefslich im Bereiche der oberen Luftwege, resp. des Mundes usw. ab. Diese Fälle scheinen eine grofse Neigung zu rasch folgenden Rezidiven zu haben.

Die luetischen irritativen und gummösen Prozesse im Naseninnern, im Nasopharynx, Kehlkopf und Trachea werden vom praktischen Standpunkte aus besprochen und auf die dabei wichtigen differentiell-diagnostischen Merkmale wird aufmerksam gemacht.

Verfasser ist Anhänger der symptomatischen Behandlung. Jodkali mit Jod scheint ihm bei schweren Prozessen Vorzüge vor Jodkali allein zu besitzen. Eine energische Aachener oder Tölzer Kur führte da oft zum Ziele, wo eine andere Behandlung versagte. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Syphilis der oberen Luftwege, von F. Semon-London. (*Brit. Med. Journ.* 18. Jan. 1906.) Fall I. Frühzeitige Tertiärsyphilis mit malignem Typus an Rachen und Zunge. Der Patient hatte vor Jahresfrist ein Primärsyphilid akquiriert und war alsbald mit Hg behandelt worden. Sekundärerscheinungen kamen nicht zum Vorschein. Dagegen entwickelte sich eine fulminante Entzündung der Rachenorgane mit Ulcerationen an beiden Tonsillen. Nach vorübergehender Besserung traten neue Ulcerationen hervor. Ein zweiter Versuch mit Hg verlief ebenso ungünstig wie der erste. Im weiteren Verlauf wurden mit gleich ungünstigem Resultat JK und (in Aachen) Jodipininjektionen gegeben. Eine Wendung trat erst bei Darreichung von Zittmannschem Dekokt ein; aufserdem hatte das Kobnersche Sarsaparilladekokt eine gute Wirkung.

II. Tertiärsyphilid des Kehlkopfes und der Trachea mit isoliertem Tertiärsyphilid des Nasenrachenraums. Eine verheiratete Dame kam wegen zunehmender Beeinträchtigung der Sprache und Atemnot in Behandlung. Am Kehlkopf fand sich Fixation der linken Hälfte, ödematöse Schwellung und Verzogensein des Stimmbandes. In der Trachea eine Anzahl rötlicher Protuberanzen. Trotz des Fehlens jeglicher Anhaltspunkte für Syphilis in der Anamnese wurde JK und Liquor hydrargyri perchloridi gegeben nebst Einreibungen von Ungt. hydrargyri. Genesung.

III. Frühzeitige fibroide Infiltration des Pharynx und Larynx bei einem Patienten mit hartnäckig rezidivierender Sekundärsyphilis. Schwierigkeiten machte die Differentialdiagnose von Tuberkulose. Therapeutisch erzielte man mit JK das beste Resultat, nachdem man aus Furcht vor Erstickungsgefahr wegen der möglichen Anschwellung der Wucherungen dieses Mittel längere Zeit zu geben sich gescheut hatte.

IV. Tertiärsyphilis des Larynx mit cyclischer Entzündung und ephemeren papillomatösen Auswüchsen. Die Atembeschwerden wurden bei diesem Patienten so hochgradig, dafs eine Cricotrachestomie nötig wurde. Die Krankengeschichte zeigt sehr erhebliche Schwankungen im ganzen Verlauf. Wegen der sehr interessanten Details dieser Fälle lohnt es sich, den Artikel im Original zu lesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tertiärsyphilitische Lippenerkrankung, von Dieulafoy. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 51.) Kurze Beschreibung eines Falles von tertiärsyphilitischer Makrocheilie, die sich schon neun Monate nach der luetischen Infektion zeigte; Zunge und Kinn des Kranken waren unverändert. Die Hypertrophie ging auf Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung (Dosis 0,005—0,02 pro die) so gut wie vollständig zurück, während je drei Einspritzungen von Kalomel und Oleum cinereum ohne Wirkung geblieben waren. *Götz-München.*

Die symmetrische kongenitale Faltenzunge, von DAGENNEVILLE. (*Thèse de Paris.* 1905.) Die Unterscheidung dieser angeborenen Dystrophie von syphilitischen Erscheinungen kann Schwierigkeiten bieten. Eine Reihe von Autoren betrachten die Affektion als ein Zeichen hereditärer Lues. *Fritz Loeb-München.*

Leukoplakie und Syphilis, von TRAPENARD. (*Thèse de Paris.* 1905.) Die Untersuchungen des Verfassers über den Zusammenhang zwischen Leukoplakia buccalis und Syphilis haben ihn zu der Schlufsfolgerung geführt, dafs beide in kausalem Zusammenhang stehen. Nur in 8% seiner Fälle von Leukoplakia buccalis war Syphilis nicht deutlich nachweisbar. Er glaubt, dafs es sich in diesen Fällen um hereditäre, latente oder übersehene Lues handelte. Spezifische Therapie ist stets zu versuchen. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von geschwürig zerfallenem Gumma im Kehlkopf bei einem kongenitalsyphilitischen Kinde von sechs Monaten, von PAUL WIEDEL. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Der Titel sagt, was diesen Fall bemerkenswert machte. *Fritz Loeb-München.*

Über tertiäre Kehlkopfsyphilis, von L. REVOL. (*Thèse de Lyon.* 1905.) Eine gute Arbeit über die Symptomatologie, Diagnose, Komplikationen: Gumma, Infiltrate, Perichondritis, Geschwüre. Wertvolles Literaturverzeichnis. *Fritz Loeb-München.*

Ein kariöser Schneidezahn spontan aus luetischer Nase entfernt, von H. BEYER. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 50.) Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen mit schwerer (vermutlich hereditärer) tertiärer Lues. Am intensivsten wurde die Nase befallen, wobei in kurzer Zeit das ganze knöcherne Nasengerüst zerstört worden ist. Nachdem infolge des weitergreifenden Zerstörungsprozesses das Septum und die Muscheln teils nekrotisch exfoliiert, teils operativ entfernt waren, entstand eine weite, offene Kommunikation zwischen den beiden Nasenseiten, die sich dann schliefslich in eine einzige grofse Höhle verwandelten. Ein Übergreifen des Prozesses auf den harten Gaumen war nicht erfolgt. — Durch starkes Schneuzen wurde nun von der Patientin eine gröfsere Borke entfernt, in der sich, gewissermafsen als Kern, ein ausgewachsener Zahn befand. Der Zahn erwies sich als Schneidezahn.

Die Untersuchung des Gebisses der Patientin ergibt ziemlich normale Zähne, ohne ausgeprägte Lueszeichen, aber der mediale Schneidezahn links fehlt in der Zahnreihe; die linke Oberkieferhälfte weicht in der Mitte nach hinten, dem inneren Munde zu, ab und dadurch entsteht eine Rinne zwischen ihr und der vorgelagerten rechten Kieferhälfte.

Es erscheint also die Annahme berechtigt, dafs der spontan aus der Nasenhöhle entfernte Zahn der im Gebifs fehlende mediale linke obere Schneidezahn ist. Wahrscheinlich ist es dabei, dafs der Zahnkeim desselben infolge der durch die Lues bedingten Entwicklungshemmung in der Gaumenspalte und des daraus resultierenden mangelhaften Schlusses derselben an den Boden der Nasenhöhle gelangt ist, oder dafs er seinen Weg direkt durch den beträchtlich erweiterten Canalis incisivus genommen hat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Gelenksyphilis, von CHARLES FOUQUET. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 387.) Eine Reihe von Gelenkstörungen kommen im Gefolge der akquirierten wie hereditären Syphilis zur Beobachtung. Den in der Literatur niedergelegten einschlägigen Beobachtungen fügt Verfasser einige neue hinzu. In der sekundären Periode unterscheidet Verfasser: Arthralgie, Synovitis subacuta, Synovitis chronica oder sekundärsyphilitische Hydrarthrose. Die tertiären Arthropathien bestehen aus zwei Formen: Osteo-Chondro-Arthropathie (pseudo-tumeur blanche syphilitique de FOURNIER, forme hyperostosique de MORESTIN) und die Perisynovitis gummosa oder die gummöse

perisynovitische Infiltration (forme synoviale de Morestin). Die hereditäre Syphilis kann zu zwei Arten von Arthropathien führen: zur einfachen Osteo-Arthropathie oder zur Osteo-Arthritis deformans. *Fritz Loeb-München.*

Netzsyphilis, von F. A. H. Robert. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 490.) Die hereditäre Frühsyphilis ist imstande, zum Auftreten von einfacher Hypertrophie im Netz wie in der Leber zu führen, eine Hypertrophie, welche mit derjenigen der Milz bei anderen Infektionskrankheiten verglichen werden kann. Weiter kann es zu Sklerose, Gummabildung, seltener Amyloidentartung kommen, welche mit den sklerotischen und gummösen Veränderungen vergesellschaftet sein kann. Das einzige klinische Symptom der Netzsyphilis ist die Hypertrophie. Beim Neugeborenen scheint die Syphilis die Hauptursache der chronischen Netzhypertrophie zu sein. Letztere wird etwa in der Hälfte aller Fälle von hereditärer Lues beobachtet. Manchmal kommt es unter dem Einfluſs der hereditären Lues nur zu einer Milzhypertrophie (forme splénomégalique de l'hérédo-syphilis). Diese Splenomegalie ist ein wichtiges diagnostisches und prognostisches Symptom. Oft geht sie mit einer intensiven Anämie einher, so daſs von manchen Autoren die Anaemia splenica pseudo-leucaemica der Kinder (Jaksch und Luzet) für syphilitischen Ursprungs gehalten wird.

Auch bei der akquirierten Lues ist das Vorkommen ähnlicher Affektionen des Netzes beobachtet worden wie bei der hereditären Form: Hypertrophie (manchmal beträchtlich), interstitielle oder parenchymatöse Splenitis, Gummabildung, endlich Amyloiddegeneration. Wie bei der hereditären Form kann bei der tertiären die Infektion sich nur durch eine Milzhypertrophie dokumentieren: „Syphilis tertiaire à prédominance splenique." Neben der Splenomegalie kann eine Lymphadenitis, leucaemica oder aleucaemica beobachtet werden.

Hereditäre Spätsyphilis kann zu einer ziemlich beträchtlichen Splenomegalie führen, oft ohne gleichzeitige spezifische Läsionen. *Fritz Loeb-München.*

Syphilis der Brustdrüse mit Erkrankung der Achsel- und Supraclavicular-drüsen, einem Brustkrebs vortäuschend, von Edwin Beer-New York. (*Med. News.* 1. Okt. 1905.) In diesem ungewöhnlichen Falle handelte es sich um eine verheiratete Frau im Alter von 35 Jahren, welche seit zirka vier Monaten eine Geschwulst in der linken Achselhöhle und an der oberen Hälfte der linken Brust bemerkt hat, ohne daſs sie besondere Schmerzen oder Beschwerden dabei hatte. Bei der ärztlichen Untersuchung zeigte sich an der linken Brust, eingebettet in das Drüsengewebe, eine ziemlich harte, frei bewegliche, von der Haut abhebbare Masse von ca. 5 cm im Durchmesser, die Brustwarze war normal, in der linken Achselhöhle eine etwas unsichere Geschwulst von etwa Hühnereigröſse. Die Konsistenz der Brustgeschwulst wie der Drüsen war weicher, als man gewöhnlich bei Carcinom findet, auch bleiben bei Brustkrebs die Drüsen meist hart und klein und kommen in der Supraclaviculargegend nicht vor. Die Anamnese ergab keinerlei sichere Anhaltspunkte, Patientin wurde mit Hg-Injektionen und innerlich groſsen Dosen Jodkalium behandelt und nach drei Monaten war sowohl die Geschwulst in der Brustdrüse wie die Mehrzahl der Drüsen verschwunden. B. erwähnt schlieſslich, daſs in der Literatur etwa 50 Fälle von Lues der Brustdrüse bekannt seien, in keinem derselben aber so, wie im vorliegenden, die groſse Ähnlichkeit mit Brustkrebs (mit Befallensein der Achsel- und Herschlüsselbeindrüsen) bestanden habe. *Stern-München.*

Die syphilitische Stenose des Pylorus. In der *Società Lanc. degli Ospedali di Roma* (Juni 1905) erwähnt Cimoroni sechs Fälle von syphilitischer Stenose des Magenausganges und schlieſst daraus, daſs die Syphilis, wenn sie sich unter anderen am Pylorus lokalisiert, zum Verschlusse desselben führen kann. Der luetische Prozeſs kann dabei ein Ulcus verursachen, oder es können sich einfach gummöse Knötchen

mit Sklerose des Bindegewebes bilden, die das Aussehen eines wahren Tumors haben. Während bei Frauen die Chlorose die hauptsächlichste Ursache des Ulcus ventriculi bildet, ist es beim Manne die Lues. *C. Müller-Genf.*

Über Magensyphilis, von Georges Hagens-Paris. (*Presse méd.* 1905. Nr. 14.) Die Kenntnis der Syphilis des Magens ist besonders aus therapeutischen Rücksichten wertvoll. Verfasser hat von dem seltenen Leiden in seiner langen Praxis nur vier Fälle konstatieren können. Es folgt die Krankengeschichte der vier Fälle. Ein Freund des Verfassers wurde im Alter von 34 Jahren, nachdem er ein Jahr vorher wegen einer spezifischen Sarcocele erfolgreich mit Merkur behandelt worden war, plötzlich von Blutbrechen befallen. Unter Jodtherapie hoben sich binnen kurzer Zeit die Klagen des Kranken, der seinem Hausarzte von seiner früheren Lues keinerlei Mitteilung gemacht hatte. Ein zweiter Kranker von 33 Jahren hatte zehn Jahre vorher Syphilis durchgemacht. Die Untersuchung durch den Verfasser deutete nur Magenerweiterung und Magenkatarrh an. Erst als der Kranke, welcher seine spezifische Infektion verschwieg, eine Zeitlang auf karge Diät gesetzt war, liefs sich ein Tumor der Magenwand palpieren. Der Kranke blieb aus der Kur weg, Verfasser erfuhr aber, dafs der Patient zu dem Arzte sich begeben hatte, der ihn seinerzeit wegen der syphilitischen Affektion behandelt hatte. Eingeleitete spezifische Therapie war von glänzendem Erfolg. Die vier Fälle repräsentieren vier Typen Ulceration mit Blutbrechen (Ulcus ventriculi vortäuschend), gutartige Stenose ohne Tumor, Pylorusgeschwulst, welche ein Carcinom vortäuscht, und klinischer Typus, welcher eine krebsige Stenose annehmen läfst. *Hopf-Dresden.*

In der rheinisch-westfälischen Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde (Versammlung vom 21. Mai 1905 zu Düsseldorf) hielt Lenzmann-Duisburg einen Vortrag über **Lues des Magens**. Er besprach zuerst die pathologische Anatomie der syphilitischen Magenerkrankungen, wies auf den Mangel an charakteristischen, pathognomonischen Symptomen der Magenlues hin und schilderte dann zwei einschlägige, von ihm selbst beobachtete Fälle. Bei dem ersten Patienten waren Hämatemesis und alle übrigen Ulcuserscheinungen vorhanden; verschiedene Ulcuskuren waren erfolglos geblieben, auch eine Gastroenterostomie hatte keine Besserung gebracht; erst durch Gebrauch von Jodkalium und Schmierkur wurde Heilung erzielt. Es hat sich bei diesem Kranken sicher um ein Ulcus gehandelt; ob es durch den Zerfall eines gummösen Infiltrats entstanden ist, oder ob es ein gewöhnliches Ulcus pepticum war, in dessen Rändern und Grund das syphilitische Infiltrat sich einnistete, läfst sich nicht entscheiden. Der zweite Fall wies ebenfalls typische Ulcussymptome, aber ohne Hämatemesis auf; auch hier versagten Ulcuskuren vollständig, dagegen bestätigte eine antiluetische Kur, obwohl sie wegen der grofsen Schwäche der Patientin und ihrer Idiosynkrasie gegen Jod nur mit gröfster Vorsicht durchgeführt werden konnte, die Krankheitserscheinungen ziemlich rasch. Im Laufe der Behandlung zeigten sich bei der Kranken, deren Lues 16 Jahre vollständig latent geblieben war, die Symptome der eburnierenden Knochenlues in geradezu wütender Form. Ein Magenulcus lag in diesem Falle wohl nicht vor; L. glaubt vielmehr, dafs ein gummöses Infiltrat vorhanden war, das die Vagusenden reizte und dadurch das Auftreten der Ulcussymptome bewirkte. (Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.) *Götz-München.*

Beitrag zum Studium des syphilitischen Geschwüres am Collum uteri, von R. Passenaud. (*Thèse de Paris.* 1904.) Der harte Schanker des Collum uteri ist häufiger als angenommen wird. *Fritz Loeb-München.*

Über die Veränderungen des Blutes bei Syphilis in behandeltem und unbehandeltem Zustande, von Robert Trimbach. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1905.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten: 1. Die nicht behandelte Syphilis äufsert

sich durch eine Verarmung des Blutes an Hämoglobin und an roten Blutkörperchen. Wir haben es bei Syphilis sowohl mit einer Oligochromämie als auch mit einer Oligocytämie zu tun, wobei namentlich die erstere sich deutlicher manifestiert. Die roten Blutkörperchen selbst verändern sich in bezug auf Größe, Farbe, Gestalt und Widerstandsfähigkeit. 2. Das Verhalten der weißen Blutkörperchen ist, weil ohnehin schon schwankend, ein unregelmäßiges. Die Zahl der weissen Blutzellen steigt parallel der Abnahme der roten und kann ziemlich hohe Werte erreichen, um mit Abnahme der krankhaften Erscheinungen wieder zur Norm zurückzukehren. Beachtenswert ist die vielfach gefundene Leukocytose lymphocytischer Art. Einen für universelle Hautkrankheiten charakteristischen Befund bietet die Vermehrung der eosinophilen Zellen bei papulösen und squamösen Exanthemen. 3. Die Alkaleszenz des Blutes und das spezifische Gewicht erscheinen oft vermindert. 4. Die spezifische Behandlung mit Quecksilber oder mit Quecksilber und Jodkalium verbessert die durch Syphilis erzeugten Blutveränderungen. Der Regenerationsperiode kann eine solche der Verschlechterung vorhergehen oder ihr folgen, letzteres namentlich dann, wenn die Behandlung zu lange ausgedehnt wurde. Von Anfang der Quecksilberbehandlung an vermindert sich die Leukocytose, es steigt der Gehalt an Hämoglobin und an roten Blutkörperchen. Wird die Behandlung übermäßig lang ausgedehnt, so tritt das umgekehrte Verhältnis ein: das Quecksilber wirkt auf Hämoglobin und rote Blutkörperchen vermindernd, trotzdem die äußeren Erscheinungen für das Abheilen der Lues zu sprechen scheinen. Urobilinurie kann sowohl ohne Behandlung mit Quecksilber als auch mit Behandlung auftreten. In beiden Fällen scheint sie die Folge einer Zerstörung der roten Blutkörperchen durch das syphilitische Gift zu sein; sobald jedoch die roten Blutzellen durch die Quecksilberbehandlung widerstandsfähig geworden sind, hört die Hämoglobin- und Urobilinurie auf. Wenn im Verlaufe der Quecksilberbehandlung die Besserung der Blutverhältnisse mit dem Schwinden der Syphilissymptome einhergeht, so wird wohl der nachträgliche Schluß gestattet sein, daß die frühere krankhafte Blutveränderung eine Folge der Einwirkung des syphilitischen Virus gewesen ist, denn die spezifische Behandlung hat eben ausschließlich nur auf die durch Syphilis hervorgerufenen Erscheinungen einen heilenden Einfluß. Diese Auffassung hat sich auch in Praxis als Diagnose ex juvantibus bereits eingebürgert.

Fritz Loeb-München.

Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie, von Leo Hauck. (Habilitationsschrift. Erlangen 1905.) Bezüglich der Gesamtzahl der Leukocyten kommt Verfasser zu dem Resultat, daß sich dieselbe im zweiten Stadium der Syphilis fast durchweg innerhalb normaler Grenzen bewegt. Es besteht kein Unterschied betreffs des numerischen Verhaltens der Leukocyten zwischen Fällen frischer und residivierender Lues. Auch die Schwere der einzelnen Erkrankung, sowie Veränderungen des Lymphgefäßsystems üben keinen bestimmenden Einfluß auf dasselbe aus. Unter der Einwirkung des Quecksilbers verändert sich die Leukocytenzahl; die dabei beobachteten Schwankungen bewegen sich innerhalb verhältnismäßig niederer Grenzen. Die Quecksilberwirkung ist bei den einzelnen Applikationsmethoden eine verschiedene. Während bei der Inunktionskur zuerst ein Abfall und dann allmähliches Ansteigen der Leukocytenzahl eintritt, macht sich bei der Injektionskur ein sofortiges Ansteigen geltend.

Wie bei den Leukocytenzahlen, bestehen, wie Verfasser im Resumé des zweiten Teiles seiner Untersuchungen sagt, auch hinsichtlich des prozentualen Verhältnisses der einzelnen Leukocytenformen bei der Syphilis nur ganz geringe Schwankungen. Das Blutbild gestaltet sich ziemlich gleichmäßig und einheitlich. Zwischen frischer und residivierender Syphilis bestehen nur deutliche Unterschiede in dem prozentualen

Verhältnis der Lymphocyten. Zeitdauer, Schwere der Erkrankung, sowie Veränderungen des Lymphgefäfssystems beeinflussen in keiner Weise den Prozentgehalt der einzelnen Zellarten. Nimmt man die von Ehrlich und Türk für die einzelnen Zellgattungen angegebenen Grenzwerte als Norm an, so ergeben sich im Blutbilde bei der Syphilis folgende Abweichungen von den normalen Fällen: Die neutrophilen Leukocyten weisen eine Abnahme mäfsigen Grades auf (Durchschnittswert: 61,7 %). Die Lymphocytenzahl ist in den Fällen frischer Lues meist deutlich herabgesetzt (Durchschnittswert: 18,4 %); in den Fällen rezidivierender Lues bewegt sie sich innerhalb normaler Grenzen (Durchschnittswert: 22,2 %); die grofsen mononukleären Leukocyten und Übergangsformen sind durchweg sehr stark vermehrt (Durchschnittswert: 14,1 %); die eosinophilen Zellen zeigen, abgesehen von ganz geringen Ausnahmen, vollständig normale Verhältnisse (Durchschnittswert: 2,3 %); bei den Mastzellen besteht Neigung zu geringer Vermehrung (Durchschnittswert: 0,55 %). Von pathologischen Leukocytenformen wurden nur ganz vereinzelt neutrophile Myelocyten gefunden.

Unter der Einwirkung des Quecksilbers verändern sich die neutrophilen Leukocyten kaum merklich. Die Lymphocyten erleiden eine weitere Herabsetzung ihrer Zahl, die meist um so deutlicher ausgeprägt ist, je höher der Prozentgehalt vor Einleitung der Behandlung war. Die Zahl der grofsen mononukleären Leukocyten und Übergangsformen erfährt in einzelnen Fällen eine Vermehrung, in den übrigen wird sie nicht deutlich beeinflufst. Bei den eosinophilen und Mastzellen macht sich fast durchweg eine Vermehrung geringen Grades geltend. Die absoluten Zahlen entsprechen im grofsen und ganzen den gefundenen relativen Werten. Das bei der Lues gewonnene Blutbild bietet keine verwertbaren differentialdiagnostischen Merkmale. Die beobachtete starke Vermehrung der grofsen mononukleären Leukocyten findet sich auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen. Die bisher für die grofsen mononukleären Leukocyten als Normalwerte angegebenen Zahlen sind zu niedrig gegriffen. Auch scheint diesen Zellen bei pathologischen Veränderungen im Organismus überhaupt eine gröfsere Bedeutung zuzukommen, als bis jetzt angenommen wurde.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Syphilis der Blutgefäfse, von Ernst Hasselbach-Stettin. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.) Die Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Herzgummen mit plötzlichem Tod, von F. Goldfrank-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. Nov. 1905.) Eine 25jährige Frau verstarb plötzlich ohne voraufgegangene Krankheitserscheinungen. Die Sektion ergab ausgedehnte Gummenbildungen in der Herzmuskulatur, kleinere in den Nieren. Nähere Nachforschungen ergaben, dafs 8½ Jahre zuvor die syphilitische Infektion stattgefunden hatte; ein Jahr vor dem Tode hatte der Arzt, der die Frau behufs Aufnahme in die Lebensversicherung untersuchte, einen Herzfehler festgestellt. Verfasser berichtet eingehend über den mikroskopischen Befund und vergleicht ihn mit einigen anderen Fällen von Herzsyphilis aus dem pathologischen Museum in Prag. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Frage der syphilitischen Aortitis, von Woloschin. (*Med. Obosrenje.* 1905. Nr. 19. S. 463.) Nach Erwähnung der hauptsächlichsten Befunde von Döring, Runeberg, Chiari, Doehle, Heller, Backhaus, Crooke, Rasch, Straub, Heine, Jahr und der russischen Autoren Holtschewnikow, Nikiforow, Wagner, Kwjatkowski, Romanow, Breitenau und Abramow über die Syphilis der Aorta, berichtet Verfasser über zwei einschlägige eigene Beobachtungen. Dieselben betreffen zwei junge Männer von 35 und 26 Jahren, von denen ersterer einige Zeit vor dem Tode an Angina pectoris gelitten hatte, letzterer plötzlich starb. Die sehr genau ausgeführten makro-

skopischen und mikroskopischen Untersuchungen der Aorta bestätigten vollkommen die neueren Forschungen auf diesem Gebiete. *Arthur Jordan-Moskau.*

Einige Betrachtungen über die Aortitis syphilitica, von Dieulafoy-Paris. (*La presse méd.* 1906. Nr. 32.) Die syphilitische Erkrankung der Aorta zeichnet sich einerseits durch die schweren, besorgniserregenden Symptome aus, zu welchen sie Veranlassung geben kann, andererseits durch die gute Wirkung, welche eine energische, antisyphilitische Kur auf dieselben ausübt. In ersterer Beziehung sind namentlich Symptome von Angina pectoris anzuführen, welche vielleicht auf eine Mitbeteiligung der Koronararterien zurückzuführen wären. Meist findet man bei der Auskultation die Zeichen einer Insuffizienz der Aortenklappen, doch kommen auch Fälle vor, bei welchen Auskultation, Perkussion und die Beschaffenheit des Pulses nichts Abnormes anzeigt und die Krankheit nur durch Anfälle von Angina pectoris in Erscheinung tritt. Als Behandlung empfiehlt D. Einspritzungen von Hydrarg. bijodat. und zwar in Serien von 10—12 Injektionen mit Zwischenpausen von 12—14 Tagen, während man gleichzeitig in jeder Serie die Dose von $^1/_3$ auf 1 und $1^1/_3$ cg per Einspritzung steigert. *E. Toff-Braila.*

Die Syphilis und die Veränderungen an der Aorta. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 42.) Hinweis auf die syphilitische Natur mancher Veränderungen am Herzen und besonders an der Aorta. Bei Patienten mit luetischen Erkrankungen der Aorta findet sich, worauf Babinski zuerst aufmerksam gemacht hat, häufig auch reflektorische Pupillenstarre oder Ungleichheit der Pupillen und Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis. Syphilitische Erkrankungen der Aorta können, wenn sie noch nicht zu alt sind, durch Behandlung mit Quecksilber gebessert werden; doch muſs dabei der Zustand der Nieren dauernd und sorgfältig kontrolliert werden. *Göts-München.*

Über Aortenaneurysmen und ihre Beziehungen zu Syphilis und Unfall, von O. Bussе-Posen. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1906. Nr. 1.) Zwischen Syphilis und spontanen oder Dilatationsaneurysmen bestehen zweifellos nahe Beziehungen. Die Feststellung derselben ist insofern von groſser praktischer Bedeutung, als es keineswegs ausgeschlossen erscheint, die Entwicklung und das Wachstum der Aneurysmen durch energische antisyphilitische Kuren aufzuhalten oder zum mindesten zu verlangsamen. Von diesen spontanen Aneurysmen ist aber streng die Gruppe der traumatischen oder der Rupturaneurysmen zu scheiden. Diese sind die Folgen von wirklichen Zerreiſsungen der Aorta und können in ganz gleicher Weise bei Syphilitikern und nicht Syphilitikern vorkommen. Verfasser führt mehrere Fälle an, die beweisen, daſs heftige (nicht nur ganz gewaltige) körperliche Anstrengungen für sich allein ausreichen, um schwere Schädigungen der Aorta hervorzurufen. Dies soll sich jeder vergegenwärtigen, der den Zusammenhang von Aortenerweiterungen mit Unfällen zu begutachten hat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zwei Fälle von Aneurysma der Bauchaorta, von Fritz Knauff. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Über die Häufigkeit der Befunde von Lues bei Leichen, bei denen sich ein Aortenaneurysma fand, geben folgende Zahlen Aufschluſs. Syphilis und Aneurysma fanden zusammen: Heller in 85 %, Rasch in 82 %, Malmsten in 80 %, Eichhorst in 69 %, Welch in 66 %, Pancinis in 65 %, Gerhardt in 53 %, Lichtenstein in 39 %, A. Fränkel in 36 %, Raph in 30 %, Moritz Schmidt in 29 % und Hansemann nur in 18,75 % der Fälle. Den Entscheid, ob die Lues als Ursache anzuschuldigen ist, kann man nur dann mit einiger Sicherheit treffen, wenn das aus dem Granulationsgewebe der Media sich bildende Bindegewebe die Neigung hat, tiefe, retrahierende Narben zu bilden, welche makroskopisch in Form strahliger und grubiger Einziehungen an der Innenfläche der Aorta sichtbar sind. Dagegen läſst das Vorhanden-

sein auch ausgedehnter entzündlicher Prozesse in der Adventitia und Media allein noch keinen Schluſs auf die Ursache der Erkrankung zu. *Fritz Loeb-München.*

Über Periarteriitis nodosa, von M. Versé-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) Mitteilung über einen Fall von Periarteriitis nodosa, bei dem intra vitam intestinale Krankheitserscheinungen im Vordergrund gestanden waren. Das erklärte sich daraus, daſs nur die kleineren Arterien der Leber, des Mesenteriums, des Darms, Magens und Samenstranges verändert waren; die Muskelarterien waren ebenso wie die Koronararterien intakt, demzufolge fehlten Lähmungserscheinungen und die in den meisten übrigen Fällen konstatierte hohe Pulsfrequenz. — V. glaubt, die Affektion mit ziemlicher Sicherheit für eine besondere Form der Gefäſssyphilis erklären zu können; als Ausgangspunkt der Erkrankung nimmt er gleich Kussmaul und anderen Autoren die Adventitia an. *Götz-München.*

Beiträge zur Pathologie der Arteria basilaris, von Saathoff. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 84, Heft 5 u. 6.) Verfasser schildert an zwei Fällen luetische Affektionen der Arteria basilaris, die ein Lieblingssitz des spätluetischen Prozesses ist. Im ersten handelte es sich um einen floriden Prozeſs bei einem 31jährigen Kellner, der an einer Thrombose der Arterie infolge von gummöser Arteriitis verstorben war. Der zweite Fall stellte die Endstadien desselben Prozesses bei einem alten Luetiker dar, der an einer anderen Krankheit (Selbstmord nach festgestellter Diagnose eines Ösophaguscarcinoms) verstorben war. *F. Hahn-Bremen.*

Erythromelie, von A. Zambianchi (Dissertation, Buenos Aires 1905.) Die Arbeit beginnt mit einer Beschreibung der Affektion überhaupt. Dann teilt der Verfasser einen Fall eigener Beobachtung mit, welcher einen 63jährigen Patienten betrifft. Er betrachtet die Krankheit in dem vorliegenden Falle als einen Folgezustand einer allgemeinen syphilitischen Phlebitis, die sämtliche kleinen subcutanen Venen und venösen Kapillaren befallen hatte und zwar hauptsächlich, an den Vorderarmen, wo der Prozeſs am intensivsten war. Dort waren nämlich nicht allein die kleinen Gefäſse, sondern auch die groſsen sucutanen venösen Stämme betroffen. *C. Müller-Genf.*

Untersuchungen über die Häufigkeit und die Bedeutung der syphilitischen Pigmentationen des Halses im Verlaufe der Schwangerschaft, von M. Weill. (*Thèse de Paris.* 1904.) Die beschriebene Affektion ist eine parasyphilitische Erscheinung, die häufiger bei schwangeren als bei nicht schwangeren Weibern zu finden ist. Häufig fehlen auſser diesem „Collier de venus" andere Erscheinungen von Lues. *Fritz Loeb-München.*

Syphilitische Erkrankungen im Bereiche der hinteren Schädelgrube, von Th. Ziehen-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1906. Nr. 1.) Von den drei Hauptformen der syphilitischen Hirnerkrankung (Dementia paralytica, gummöse Hirnsyphilis, vaskuläre Hirnsyphilis) hebt Z. die gummöse und vaskuläre Hirnsyphilis, und zwar im Bereich der hinteren Schädelgrube, wie sie klinisch das Bild einer Erkrankung der Brücke, des verlängerten Markes oder auch des Kleinhirns bietet, heraus. In einem anderen Falle prädominierten die Akustikus-Symptome, in einem dritten die Cochlearis-Symptome und in einem vierten die Symptome von seiten des Kehlkopfes, des Gaumens und des Schlundes.

Diese Bilder können sich oft mit einander kombinieren oder sich untereinander ablösen, oder es kann sich die gummöse Syphilis der vorderen Abschnitte der Hirnbasis mit der Konvexität kombinieren, ferner vaskuläre Syphilis hinzutreten und endlich können psychische Krankheitssymptome sehr oft das Krankheitsbild begleiten.

Für die Behandlung kommt vor allem Jod in Betracht, niemals aber ist das Quecksilber wegzulassen, und es empfiehlt sich zunächst für die Schmierkur eine tägliche Einreibung von 4 bis 6 g, doch muſs die Dosis in jedem gefahrdrohenden Falle

auf 8 bis 12 g gesteigert werden. Für Jodnatrium betrachtet Z. 4 bis 8 g pro die als die gewöhnliche Dosis. *Arthur Rahn-Berlin.*

Auf dem zweiten Ärztetag der Estländischen Ärztlichen Gesellschaft zu Reval (24. bis 26. Sept. 1904) demonstriert Hirsch einen Fall von **Lues cerebri**, gekennzeichnet durch Schwindelanfälle mit Paresen der rechten Körperhälfte und motorischer Sprechstörung bei völligem Fehlen von Sensibilitätsstörungen. Es handelt sich um einen gummösen Prozeſs in der Gegend der linken Zentralwindung, im Gebiet der Centra des Hypoglossus, Facialis und der Arm- und Beinnerven. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) *A. Loewald-Kolmar.*

Gehirntumor syphilitischen Ursprungs, von J. J. Singer-St. Louis. (*St. Louis Courier.* März 1906.) Der Fall betraf eine 22jährige Frau, welche im Alter von 16 Jahren geheiratet hat und drei Kinder hatte, die alle an „Abzehrung“ starben. Im Februar 1904 glaubt sie Schankergeschwüre gehabt zu haben, im März 1904 fiel sie von einem Stuhl rückwärts zu Boden und war dann eine halbe Stunde bewuſstlos. Seitdem klagt sie über heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, später gesellte sich noch häufiges Erbrechen hinzu, bei der geringsten Bewegung Schwindel, Gedächtnisschwund, kindisches Benehmen, Visionen, Art von Aphasie. Die Diagnose wurde auf Gehirntumor, wahrscheinlich syphilitischer Natur (Gumma) gestellt, es wurde Jodkalium (sechsmal täglich 1,2 g, täglich steigend um 0,3 g), vermischt mit Tinctura Strychni (0,06) gegeben, worauf bedeutende Besserung eintrat. Die Dosis des Jodkaliums ward bis auf viermal täglich 6 g allmählich erhöht, dann wieder auf 3 g zurückgegangen und wieder gestiegen. Nach sieben Wochen wurde Patientin als geheilt und ohne Symptome eines Gehirntumors entlassen. Von Zeit zu Zeit nahm sie wieder Jodkalium, da leichtes Schwindelgefühl und Kopfschmerzen sich wieder einstellten; mit Ausnahme der letzteren fühlt sie sich gegenwärtig, wo die Jodmedikation ausgesetzt ist, ganz wohl, Zeichen früherer Gehirnerkrankung, wie Babinskis Symptom, leicht spastischen Kniereflex, sind vorhanden.

Stern-München.

Frühzeitig auftretende Gehirnsyphilis bei einem Greise, von Léon Bernard. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 43.) Bei einem 60jährigen Mann mit Arteriosklerose und arteriosklerotischer Schrumpfniere traten ein Jahr nach einer syphilitischen Infektion heftige, Tag und Nacht anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen auf, während auf der Haut der Brust sich noch spärliche papulosquamöse, luetische Efflorescenzen fanden. Die Lumbalpunktion ergab eine starke Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit; demzufolge muſsten Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen als Zeichen einer syphilitischen Gehirnaffektion gedeutet werden. Eine genauere Prüfung zeigte, daſs die Nieren noch gut funktionierten; es wurde daher eine vorsichtige Quecksilberkur (intramuskuläre und intravenöse Injektionen) eingeleitet. Der Erfolg war, daſs Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen aufhörten und das Syphilid verschwand, während die Leukocytose des Liquor cerebrospinalis geringer wurde; eine Unterbrechung der Behandlung führte zum Wiederauftreten der Gehirnerscheinungen. Der Eiweiſsgehalt des Harnes wurde während der Kur nicht gröſser.

Der Fall beweist, daſs Kopfschmerzen bei einem Kranken mit Arteriosklerose durchaus nicht immer durch diese bedingt sein müssen. Das frühzeitige Auftreten von Gehirnsymptomen in dem mitgeteilten Falle war wohl durch das Alter des Patienten und seine infolge der Arteriosklerose verminderte Wiederstandsfähigkeit verursacht. *Götz-München.*

Neuere Beobachtungen über die Tabes. XV. Bericht, von P. J. Moebius. (*Schmidts Jahrbücher.* 1906. Nr. 1.) Aufzählung von 212 Publikationen über die Tabes aus 1904/1905 und kurze Angabe ihres Inhaltes. *Schourp-Danzig.*

Die Pathogenese der Tabes (Theorien und Tatsachen), von Robert Bing. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 49—50.) Dafs Tabes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine postsyphilitische Erkrankung ist, unterliegt nach Verfasser keinem Zweifel mehr. Wichtig und nicht genügend erklärt sind aber dabei noch folgende zwei Fragen: erstens, warum ist die Tabes eine so seltene Nachkrankheit der Syphilis? welche Faktoren mögen für die Erkrankung des vor Jahren Infizierten ausschlaggebend sein? und zweitens, wie kommt es, dafs jene „metasyphilitische" Erkrankung so vollkommen jeglicher Kriterien für Spezifizität entbehrt?

Verfasser unterzieht nun einer kritischen Übersicht alle diesbezüglichen Theorien. Was die erste Frage anbelangt, so sei nach Verfasser die Disposition des einzelnen Metasyphilitikers zur Tabes die Resultate dreier Hauptfaktoren: Virus, Substrat, Funktion. Wahrscheinlich sei es, dafs dabei auch Rassenverschiedenheiten und anderen gelegentlichen accessorischen Ursachen (Erkältung und Durchnässung, Traumen usw.) eine ätiologische Bedeutung zukommt.

Die zweite Frage — nach dem Wesen des tabischen Krankheitsprozesses — wird vom Verfasser vom anatomischen und pathologisch-physiologischen Standpunkte aus eingehend besprochen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ist Syphilis oder Quecksilber verantwortlich bei der Ätiologie der progressiven Paralyse und Tabes dorsalis, von O. L. Wolter-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Febr. 1906.) W. beobachtete sehr viele Fälle von Tabes und zwar die schwersten bei Leuten, wo Sekundärsyphilis in ganz mildem Grade und Tertiärerscheinungen gar nicht vorhanden waren. Bei den Negern findet man, obwohl 90% derselben in St. Louis mit Syphilis behaftet und dieselbe nur höchst oberflächlich in den meisten Fällen behandelt wird, keinen Fall von Paralyse oder Tabes. Auch sonst in der ärmeren Bevölkerung, die ebenfalls entweder aus Mangel an Geld oder Nachlässigkeit selten intensive Quecksilberkuren vornehmen läfst, fand W. nur selten Fälle dieser sog. parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Er argumentiert ferner, dafs dieselben 10, 20 und 30 Jahre oft zu ihrer Entwicklung brauchen, dafs es sich also dabei nicht um einen bösartigen Prozefs, sondern um eine allmähliche Zerstörung, verursacht durch ständige Zufuhr eines chemischen Reizmittels, des Quecksilbers, handelt. Die Veränderungen, welche dabei eintreten, sind Zellen-Degeneration und -Zerstörung; weiterhin Zerfall des parenchymatösen Gewebes mit sekundärer Bildung fibröser, die Funktion zerstörender Massen. Die pathologische Anatomie von Paralyse und Tabes zeigte auch keinerlei Ähnlichkeit mit jener von irgend einem Stadium der Syphilis (? Referent), und schliefslich kommt noch der schwerwiegende Faktor in Betracht, dafs nach übereinstimmender Aussage fast aller Autoren die antisyphilitische Behandlung bei Tabes und Paralyse eher schadet wie nützt. Es ist zwar nicht zu leugnen, dafs beide Krankheiten sehr häufig nach Lues auftreten, aber nicht als Folge derselben, sondern, so lautet die Schlufsfolgerung des Verfassers, als Folge der meist sehr intensiv vorgenommenen Merkurialisierung — steter Tropfen höhlt den Stein. *Stern-München.*

Kann durch entsprechende antisyphilitische Behandlung die Entstehung der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva verhindert werden? von K. v. Kétly-Budapest. (*Orv. Hetilap.* 1906. Nr. 1.) In 90% der Tabesfälle ist Syphilis eruierbar, während bei den übrigen Erkrankungen des Nervensystems in höchstens 8—10% Lues nachzuweisen ist. Die 40jährigen Erfahrungen des Verfassers bestätigen, dafs bei ausreichender Behandlung der Syphilis Tabes, sowie Paralysis progressiva nur äufserst selten vorkommt. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syphilitischen Spinalparalyse", von M. Nonne-Hamburg-Eppendorf. (*Zeitschr. f.*

Nervenheilk. Bd. 29.) Erb und Nonne haben eigene und Literaturfälle der von Erb abgegrenzten „syphilitischen Spinalparalyse" gesammelt, und Nonne hat acht ganz reine Fälle, d. h. Fälle, wie sie Erb umgrenzt (entweder reine kombinierte Systemerkrankung oder eine Kombination von diffuser Querschnittsläsion mit konsekutiver, sekundärer Strangerkrankung) beobachtet und den zweiten von diesen zur anatomischen Untersuchung bringen können. Ein 71jähriger Patient, der vor 14 Jahren zum erstenmale untersucht wurde und seit dieser Zeit sich mit dem klinisch nur unbedeutend gezeichnetem Bilde der „syphilitischen Spinalparalyse" hielt, starb an den Folgen einer Pneumonie, und die Untersuchung des Rückenmarks ergab eine sehr geringe fleckweise chronisch-myelitische Degeneration, ohne sekundäre auf- und absteigende Degeneration, eine ebenfalls sehr geringe, aber doch zweifellose Degeneration in den Gollschen Strängen des Halsmarks und oberen Dorsalmarks, sowie eine Degeneration der Pyramidenseitenstränge im Lendenmark, daneben eine Wandverdickung der Gefäfse ohne spezifischen Charakter neben einer Endarteriitis chronica der Art. spinalis ant., endlich eine leichte Meningitis post. cerv. et dorsalis.

„Der Befund meines Falles reiht sich jener Kategorie an von Kombination einer primären kombinierten Strangerkrankung mit diffuser myelitischer Affektion. In diesem Falle ist auch besonders interessant die bei der Pathologie der Syphilis so häufig beobachtete Tatsache der Kombination von echt syphilitischer Erkrankung mit postsyphilitischen, wie es in dem Verhalten der grofsen vorderen Rückenmarksarterie zum Ausdruck kommt." *Arthur Rahn-Berlin.*

Die progressive Paralyse und die Fournierschen protrahierten Quecksilberkuren. Die Gefahren der Methode, von R. Duhot. (*Policlinique centrale.* 1905.) Fournier hat in der Pariser Académie de Médecine neulich (Ende Februar 1905) wiederum den sicheren Zusammenhang der progressiven Paralyse mit der Syphilis und die Unmöglichkeit, durch die bisher geübten Behandlungsmethoden der Syphilis dem Auftreten dieser befürchteten Komplikation vorzubeugen, betont und aus diesem Grunde eine neue Methode vorgeschlagen. Diese Methode, die Fournier „cures mercurielles à termes tardifs" bezeichnet, besteht in lange protrahierten Quecksilberkuren: statt, wie es jetzt üblich ist, die Lues durch etwa vier Jahre energisch zu behandeln, möchte er etwa nach folgendem Schema verfahren: energische Quecksilberkuren während der ersten zwei Jahre nach Infektion, dann zwei Jahre Pause; zweite Quecksilberbehandlung während des fünften Jahres: paar Jahre Pause; dritte Behandlung während des siebenten oder achten Jahres.

Verfasser wendet sich nun energisch gegen diese Methode, und zwar schon aus dem Grunde, dafs er die von ihm seit 12 Jahren nach Jullien geübte Methode „der unverzüglichen, intensiven und abortiven Behandlung" („Traitement intensif immédiat et abortif") auch als prophylaktische gegen die progressive Paralyse für vollkommen ausreichend hält. (Diese Methode besteht in folgendem: man beginne sofort nach Konstatierung des harten Schankers mit der energischen Quecksilbertherapie und setze dieselbe mit womöglich kurzen Unterbrechungen durch vier Jahre fort. In der Mehrzahl der Fälle soll es auf diese Weise gelingen, das Auftreten weiterer sowohl sekundärer wie tertiärer Erscheinungen zu verhindern. Als genügend energische Quecksilberkuren betrachtet Verfasser dabei die Injektionen möglichst hoher Dosen von Kalomel oder Oleum cinereum.)

Der von Fournier vorgeschlagenen neuen Methode spricht Verfasser jedweden wissenschaftlichen Wert ab. Vom praktischen Standpunkte aus sei sie eher geeignet, die Zahl der befürchteten Fälle von progressiver Paralyse bedeutend zu vermehren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes, von ALFRED ROSENSTEIN. (Inaugural-Dissertation. Breslau 1905.) Die syphilitischen Erkrankungen des Hörnerven sind viel häufiger, als bisher angenommen wurde. Ein sehr grofser Teil der Fälle von Akustikussyphilis ist bisher unbekannt geblieben. An Häufigkeit der Erkrankung an Syphilis ist der Akustikus nicht dem Olfaktorius an die Seite zu stellen, sondern er rangiert weit vor diesem. Ein genaues Bild von dieser Frequenz ist heute noch nicht zu gewinnen, sondern erst dann, wenn die Untersuchung des Hörnerven in jedem Falle von Hirnsyphilis genau so systematisch durchgeführt werden wird, wie die der übrigen Hirnnerven. Er erkrankt an Syphilis meist nicht durch Fortleitung gummöser Prozesse des Felsenbeins, noch durch Kompression infolge periostitischer Verengerung des inneren Gehörganges. Diese Entstehungsarten kommen vor. Jedoch kommen die weitaus meisten Fälle von Akustikussyphilis auf dem Wege der basalen gummösen Meningitis zustande, genau wie die syphilitischen Erkrankungen der übrigen Gehirnnerven. Während diese Erkrankungsform in dem gröfseren Teil der Fälle doch erst Jahre nach der Infektion auftritt, führt in selteneren Fällen die Syphilis schon in ganz früher Periode zur Hirnnervenlähmung und zwar auf dem Wege einer selbständigen Perineuritis resp. Neuritis gummosa. Hierbei wird meist der Facialis früher oder später beteiligt; doch ist es denkbar, dafs diese Affektion sich auch gelegentlich auf den Akustikus beschränkt. Alle anderen Modi des Zustandekommens luetischer Hörnervenlähmungen kommen erst in dritter Linie. Kerne und Wurzeln des Hörnerven werden von der basalen gummösen Meningitis oft gleichzeitig mit dem Stamm ergriffen, was sowohl a priori anzunehmen ist, als aus den Krankengeschichten hervorgeht. Deshalb wird eine klinische Differenzierung zwischen syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes einerseits und seiner Kerne und Wurzeln andererseits kaum je möglich sein. Syphilitische Akustikuslähmungen können bei sonst bestehender gummöser Meningitis aufser auf neuritischen Veränderungen auf einfachen Degenerationsvorgängen in Kern- und Wurzelgebiet beruhen, wie sie sonst bei der Tabes beobachtet werden. Nicht jede auf Lues hereditaria beruhende Taubheit ist durch die von GRADENIGO nachgewiesene primäre Labyrinthitis bedingt, sondern es kann ihr eine Neuritis acustica zugrunde liegen. Die Erkrankung des Hörnerven an Syphilis ist immer ernst zu nehmen, Degenerationsprozesse nach der Schnecke scheinen sich hier schnell, eventuell rapide anschliefsen zu können. So bleibt der Hörnerv, während die anderen mitgetroffenen Nerven, z. B. der Facialis, durch entsprechende Kur ihre Funktion wieder aufnehmen, eventuell dauernd geschädigt. Jedenfalls erfordert die geringste Hörstörung bei cerebraler Syphilis sorgfältige Untersuchung und eventuell sofortige energische Therapie, will man nicht dauernden Verlust des Gehörs riskieren.

Einer rechtzeitigen Therapie gegenüber scheint die Akustikussyphilis eine im ganzen günstige Prognose zu geben. Hörstörungen und subjektive Geräusche schwinden unter der Kur. *Fritz Loeb-München.*

Die Verhütung der Syphilis, von ROUX und METCHNIKOFF. (*Ann. de l'Institut Pasteur*. Nr. 11. pag. 690. Nach *Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 52.) Die Verfasser haben beobachtet, dafs bei Affen, die mit syphilitischem Virus geimpft worden sind, das Auftreten der Syphilis verhindert wurde, wenn vor Ablauf einer Stunde nach der Impfung die geimpfte Stelle etwa zehn Minuten lang mit Quecksilbersalbe (auch Kalomelsalbe in einer Konsentration von Kalomel 10 : Lanolin 20) eingerieben wurde. Durch Kontrollversuche wurde festgestellt, dafs das eingeimpfte Virus wirksam war; dafs das Ausbleiben der Syphilis nicht auf natürlicher Immunität beruhte, ergab sich daraus, dafs die Tiere an Syphilis erkrankten, wenn sie später nochmals geimpft, aber nicht sofort mit Quecksilbersalbe behandelt wurden. — Ob die von den Ver-

fassern konstatierte Tatsache praktisch für die Verhütung der Syphilis bei Menschen verwertet werden kann, ist sehr fraglich, da ja die Stelle, an der das Gift eindringt, nicht bekannt ist. *Götz-München.*

Ein Vorschlag zur Therapie der Syphilis, von Max Kahane-Wien. (*Wien. klin. therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) Die neuesten Forschungsergebnisse begünstigen die Annahme von tierischen Krankheitserregern — Protozoen — bei der Syphilis und es würde sich dadurch die Notwendigkeit ergeben, die Lues den bekannten, durch Protozoen hervorgerufenen Krankheitsformen — Malaria und Febris recurrens — näherzubringen; in diesem Lichte wären die wesentlichen Charakteristika der Syphilis zu betrachten: Exanthem, Milz- und Lymphdrüsenschwellung, der in gewissem Sinne zyklische Verlauf, die Neigung zu schubweisem Auftreten, die ausgesprochene Tendenz zu Rezidiven könnten in letzter Instanz mit dem Lebens- und Entwicklungsgange des zur Gruppe der Protozoen gehörenden Krankheitserregers in Verbindung gebracht werden. Da aber nach Verfassers Meinung die Präventivbehandlung aufser einer gewissen Hinausschiebung der Eruptionsperiode nichts zu leisten (? d. Ref.), auch das Auftreten von Rezidiven nicht zu hindern vermag, so mufs man annehmen, dafs das als Spezifikum angesehene Quecksilber wohl gegen die Krankheitserscheinungen, nicht aber gegen die Krankheitsursache wirkt. Der Umstand, dafs wie es scheint, die Hg-Behandlung keinen Einfluſs auf das Verhalten der Spirochaeta pallida ausübt, spricht nicht unbedingt gegen die ätiologische Bedeutung derselben, sondern kann auch in dem Sinne gedeutet werden, dafs das Quecksilber gegen den Krankheitserreger selbst machtlos ist und nur die durch denselben hervorgerufenen Gewebsveränderungen bis zu einem gewissen Grade zu beeinflussen vermag. Dafs der andere supponierte Syphiliserreger, der Cytorrhyctes luis durch die Quecksilberbehandlung zum Verschwinden gebracht wird, spricht eher zu ungunsten seiner ätiologischen Bedeutung, da das völlige Versagen selbst frühzeitiger und energischer Präventivbehandlung dafür spricht, dafs das Hg den Krankheitserreger selbst nicht unschädlich zu machen vermag. K. schlägt daher vor, auch gegen Lues die drei gegen das Febris intermittens wirksamen Mittel und zwar Chinin, Methylenblau und arsenige Säure, welche anscheinend direkt den Krankheitserreger beeinflussen, in Form folgender Kombination in Anwendung zu bringen:

℞ *Chinin. sulfur.*
Methylenblau purissim. ā 6,00
Acid. arsenicosi 0,06
Extr. et succi Liquir. q. s. et f. pilul. Nr. XXX.
Ds. 3mal täglich 1 Pille zu nehmen.

Mit dieser Kombination will Verfasser frische, d. h. anderweitig noch nicht behandelte Fälle, insbesondere auch solche Fälle behandelt wissen, bei denen das Exanthem noch nicht aufgetreten ist; ebenso wäre ein Versuch bei suspekten Erosionen angezeigt. Dabei wäre natürlich zu beachten eine etwa nachweisbare Wirkung auf das morphologische und biologische Verhalten der Spirochaeta pallida oder des Cytorrhyctes luis. *Putzler-Danzig.*

Verschiedenes.

Dr. Unnas Herbstkurse über sämtliche Zweige der Dermatologie finden statt vom 24. September bis 13. Oktober 1906.

Verzeichnis der für die Naturforscherversammlung angemeldeten Vorträge.

I. A. Blaschko-Berlin:
1. Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe.
2. Prognose der Syphilis.
3. Demonstration von Präparaten zur Spirochätenfrage.

II. F. Dommer-Dresden:
Weitere Mitteilungen über die Handhabung der Konstruktion des Dommerschen Urethrotomes zur Beseitigung weiter Strikturen.

III. Galewsky-Dresden:
Tabes im ersten Jahre nach der Infektion.

IV. Gottschalk-Stuttgart:
Erfolge und Ziele der Radiotherapie und Lichtbehandlung mit Krankenvorstellung und Demonstration.

V. Hammer-Stuttgart:
Krankenvorstellung.

VI. H. Hübner-Frankfurt a. M.:
Röntgenbehandlung der Bubonen.

VII. Linser-Tübingen:
Thema vorbehalten.

VIII. Neubergер-Nürnberg:
1. Bemerkungen zur Psoriasistherapie.
2. Die Differentialdiagnose seltener, sich ähnelnder Exanthemformen von Lues und Lichen ruber planus.

IX. Nobl-Wien:
1. Über die postblennorrhoische Wegsamkeit des Nebenhodens.
2. Zur Kenntnis der Ansiedlungsbezirke des Vaccinekontagiums.
3. Demonstration von Moulagen und mikroskopischen Präparaten.

X. H. Pfeiffer-Graz:
Weitere experimentelle Studien über die Ätiologie des primären Verbrühungstodes.

XI. F. Pinkus-Berlin:
Über Naevus acneiformis.

XII. C. Stern-Düsseldorf:
1. Über subcutane Verkalkungen.
2. Beitrag zur Kenntnis der Leukämie der Haut.

XIII. H. Strebel-München.
Die Bedeutung des Lichtes für die Therapie der Gonorrhoe.

XIV. A. Strauss-Barmen:
a) Resultate der Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten.
b) Über prophylaktische Quecksilberinfiltration des syphilitischen Schankers.

XV. Th. Veiel und F. Veiel-Cannstadt:
Über Lupustherapie mit Demonstration.

XVI. H. Vieth-Ludwigshafen:
Neue Forschungen zur Wirkungsweise der Balsamica.

XVII. Wichmann-Hamburg:
Zur Radiumbehandlung des Lupus.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 6. 15. September 1906.

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud.

Von

Dr. J. Preuss-Berlin.

Von der Existenz einer „Moraltheologie“ und „Pastoralmedizin“ haben die meisten unter uns wohl erst durch den Mariaberger Prozefs unseligen Andenkens Kunde erhalten, und doch ist diese Literatur aufserordentlich umfangreich und schon sehr alt. Einzelne Kapitel, z. B. über den Einfluſs der Phantasie der Mutter auf ihren Embryo, finden sich schon bei den Kirchenvätern. Im Mittelalter sind die Jesuiten mit Schriften besonders reichlich vertreten, und in der Neuzeit haben wir ein mehrfach aufgelegtes Buch auch aus ärztlicher Feder von Capellmann. Alle diese Schriften sind, soweit ich sehe, vom katholischen Standpunkt aus geschrieben.

Einen relativ grofsen Raum nimmt in diesen Büchern die Behandlung sexueller Fragen ein und man hat darum gemeint, sie kurzer Hand den pornographischen Schriften zurechnen zu müssen. Auch Schürer spricht von „der schlüpfrigen Kasuistik der Jesuiten“[1]. Man konnte zu diesem zweifellos falschen Urteil nur dadurch kommen, dafs man das Milieu übersah, aus dem die Schriften stammen. Obscön kann man doch nur die Bücher nennen, die nach Form oder Inhalt darauf abzielen, dem Leserkreis, für den sie berechnet sind, laszive Gedanken zu erregen. Ohne diese Einschränkung würde ja auch jedes ärztliche Buch, das sexuelle oder gynäkologische Fragen behandelt, auf den pornographischen Index gesetzt werden müssen. Obscöne Bücher im gewöhnlichen Sinne des Wortes würde schon die Kirchenzensur gewifs nicht haben passieren lassen. Die Sache liegt aber wesentlich anders. Dafs die Vita sexualis im Leben des Einzelnen eine aufserordentlich grofse Rolle spielt, wird nur der Unerfahrene oder der Heuchler leugnen dürfen. So sehr nun der Arzt auch wünschen würde, dafs man alle darauf bezüglichen Fragen nur an ihn richte, so sehr mufs man doch mit der Tatsache rechnen, dafs das Publikum gewöhnt ist, nur bei Dingen, die es selbst als mit der

[1] Gesch. d. jüd. Volkes im Zeitalter Jesu Chr.[3] II, 494.

Gesundheit zusammenhängend ansieht, den Arzt aufzusuchen, Fragen der Moral und Sittlichkeit aber vor ein anderes Forum zu bringen. Moral und Sittlichkeit aber sind einem grofsen Bruchteil der Menschheit mit Religion identisch, und so wird es verständlich, weshalb auch der Theologe, besonders wo man ihn, wie im Beichtstuhl, ohne gêne befragen kann oder von ihm befragt wird, so oft in die Lage kommt, auf diesem Gebiete Rat zu erteilen. Auch wo religiöse und ärztliche Vorschriften wirklich oder scheinbar kollidieren, wird der Geistliche um die Entscheidung angegangen, wo eine Verfehlung bereits begangen, sie ihm gebeichtet, um Verzeihung zu erhalten. So erlangt der Beichtvater eine reichere Kenntnis von sexuellen Perversitäten als mancher Arzt. Diese ihre Erfahrungen haben viele gesammelt und mit eigenen Reflexionen, mit Erläuterungen aus den Büchern anderer, die die Entscheidungen des Autors rechtfertigen sollen, versehen und sie so zum Gebrauch für weniger erfahrene Amtsbrüder, aber nicht für Laien, geeignet gemacht. Obszön wird man daher diese Schriften, die noch dazu meist in einem dem Laien unverständlichen, scholastischen Latein geschrieben sind, gewifs nicht nennen dürfen.

Es sei bei der Gelegenheit an ähnliche Verhältnisse in Indien erinnert. Nach dem Glauben der Hindus wird ein Mann, der ohne männliche Nachkommen stirbt, nicht in das Paradies aufgenommen und mufs eine schimpfliche Metempsychose durchmachen. Aus diesem Grunde ist das Ziel eines jeden Gläubigen auf die Erzeugung männlicher Kinder gerichtet, und es existieren eine grofse Zahl von Schriften über die Ars amandi aus alter Zeit, die dem Europäer als schlüpfrige Pornographien erscheinen, die der Hindu aber als wissenschaftlich und moralisch ansieht, da sie ihm eben Anleitung geben, seinen Lebenswunsch zu erreichen. Man hat es daher sehr übel vermerkt, es überhaupt nicht begreifen können, dafs die französische Regierung manche dieser Schriften verbot und konfiszierte.[1]

Ich möchte auch zu erwägen geben, ob nicht auch der ägyptische Papyrus Turin, den man gewöhnlich den obscönen nennt, ähnlichen Zwecken gedient hat.

Auf die talmudische Medizin sind diese Ausführungen allerdings kaum anwendbar. Hauptsächlich deshalb, weil es im Judentum keine Geistlichkeit gibt und ihm alle Begriffe von Ohrenbeichte, Dispens, Begnadigung und Sündenvergebung durch Menschen völlig fremd sind. Alle Menschen ohne Ausnahme sind demselben Gesetz unterworfen, und wo der „Geistliche" um eine Entscheidung auf religiösem Gebiet angerufen wird und

[1] cf. La France médicale 1905 Nr. 11 S. 212.

sie trifft, da tut er dies nicht kraft einer unmittelbaren göttlichen Inspiration, sondern auf Grund seiner umfangreicheren und vertieften Kenntnis des Gesetzes. Diese seine Gesetzeskunde ist seine einzige Weihe, die ihn also von dem Laien nur graduell, nicht prinzipiell unterscheidet. Der höchste Titel, den man im jüdischen Altertum (wahrscheinlich erst auf den babylonischen Hochschulen) zu verleihen hatte, war die Promotion zum Rabbi, und dieses Wort bedeutet nur „Lehrer", doctor.

Das gesamte Gesetz der Juden geht auf die Bibel zurück und diese regelt auch die sexuellen Verhältnisse in ausführlicher Weise. Über Ehe und Unzucht, aufserdem auch über manche Dinge, die wir heute der Hygiene zurechnen, enthält die Bibel ebensogut Vorschriften, wie alle sonstigen Gesetzbücher bis auf unsere Zeit, und Mischna und Talmud bringen die Ausführungsbestimmungen dazu und die Nutzanwendung auf einzelne Fälle, wie sie die Praxis des täglichen Lebens zeitigte. Der jüdische „Geistliche" hat also von niemandem ein Sündenbekenntnis zu fordern, niemand ist verpflichtet, es ihm abzulegen. Nur wo noch ein religiöses Sondergesetz besteht, wie z. B. in Ehescheidungssachen, wird, wenn sexuelle Dinge, wie Impotenz und dergl. den Grund abgeben, die Prüfung dieser Angaben nicht zu vermeiden sein. Aber hier fungiert nicht ein Einzelrichter, sondern ein Kollegium, das die Beobachtung des Gesetzes zu überwachen hat, ganz wie das staatliche Gericht ebenfalls. Als bei den Juden noch eine eigene Kriminaljustiz bestand, mufsten natürlich auch die Kapitalverbrechen, Ehebruch, Incest usw. vor dem (in diesen Fällen besonders stark besetzten) Gerichtshofe erörtert werden, um abgeurteilt werden zu können. Daneben hat man zu allen Zeiten den Gesetzeskundigen um Rat gefragt, wo man über das Gesetz im Zweifel war, eben um nicht mit dem Gesetz zu kollidieren.

Will man hier von „lasziv" sprechen, so mufs man folgerichtig auch alle modernen Gerichtsurteile, die solche Fälle mit allen Details erörtern, ebenso bezeichnen. Ich glaube nicht, dafs sich z. B. in der Talmudliteratur eine Parallele zu der (gedruckten und jedem zugänglichen) Reichsgerichtsentscheidung findet, die sehr ernsthaft die Frage bespricht, ob die Einführung des erigierten Penis in den Mund eines Schlafenden Unzucht sei. Aber wäre ein solcher Fall vor einen Talmudgerichtshof gekommen, so hätte man sich seiner Erörterung ebenfalls nicht entziehen können. Für keinen Juristen kann und darf es einen Unterschied machen, ob er Vergehen und Verbrechen gegen das Leben, gegen die Sittlichkeit oder sonst ein Rechtsgut abzuurteilen hat; denn die Ehre des Angeklagten und das verletzte öffentliche Rechtsbewufstsein sind ja stets dabei interessiert. Nicht die Richter darf man daher beschuldigen, sondern die Personen oder die Verhältnisse, die zu so traurigen Verhandlungen Anlafs geben.

Nach dem zuletzt Dargelegten könnte es in der Tat scheinen, als hätten diejenigen Recht, die, wie z. B. Schürer, behaupten, die jüdische „Ethik und Theologie löst sich auf in Jurisprudenz.“[1] Man konnte zu diesem zweifellos falschen Urteil nur dadurch kommen, dafs man in dem Judentum, wie es sich in Bibel und Talmud darstellt, eine „Religion“ im modernen Sinne des Wortes sah. Die Religion der Neuzeit umfafst aber nur das Verhältnis zwischen dem Menschen und seinem Gotte, je nachdem dieser von den einzelnen Bekenntnissen aufgefafst wird, regelt also in der Hauptsache nur transzendente Dinge. Für die realen Dinge des Lebens existiert in jedem Gemeinwesen neben der Religion das Staatsgesetz, von dessen Umfang man sich allerdings selten Rechenschaft gibt. Wir haben in Deutschland z. B. das Bürgerliche Gesetzbuch mit 2000 Paragraphen, aufser dem dazu gehörigen Einführungsgesetz, ein Strafgesetzbuch, eine Zivil- und Strafprozefsordnung, Handels- und Militärstrafgesetzbuch usw. Dazu kommen die verschiedenen Kirchenrechte, die tausende von Gesetzen und Verordnungen, wie sie die einzelnen Orts- und Polizeibehörden erlassen, und zu jedem Gesetz wieder die Auslegungen und Entscheidungen der jeweils obersten Gerichtshöfe. Der Inhalt aller dieser Gesetze aber ist im Talmud ebenfalls zu finden, einfach aus dem Grunde, weil, wie vielleicht in keinem anderen Staate jemals sonst, im jüdischen Reiche Staat und Religion völlig identisch waren, weil es eine Theokratie war, in der es neben dem göttlichen nicht noch ein besonderes Staatsgesetz gab, oder, anders ausgedrückt, weil jedes Staatsgesetz zugleich Religionsgesetz war. Hat aber jedes Gesetz auf Erden den vernünftigen Zweck — es sollte ihn wenigstens haben — die allgemeine Sittlichkeit zu fördern, so kann man daher von unserer Zeit mit demselben, vielleicht noch mit gröfserem Recht behaupten, dafs auch in ihr sich die Ethik in Jurisprudenz auflöse.

Natürlich haben die Alten so gut oder noch besser wie die Weisen der Neuzeit gewufst, dafs das Reglementieren nicht das erstrebenswerte Ideal der Menschen und stets nur ein Notbehelf sei. Daher lehren sie, dafs, wenn einst der Messias kommen wird, d. h. auf der höchsten Stufe sittlicher Vollkommenheit der Menschen, alle Gesetze aufgehoben sein werden. Und sie haben auch gewufst, dafs alle Gesetze nicht ausreichen, um den Menschen wirklich gut zu machen und ihn zu der sittlichen Vollkommenheit emporzuheben, die ihnen als letztes Ziel vorschwebte. Darum sagen sie in einer schönen Allegorie, dafs von der Tinte, die in dem Schreibrohr Mosis zurückgeblieben, nachdem er alle Gesetze aufgezeichnet, das Strahlen und der göttliche Glanz seines Gesichtes, von denen die Bibel spricht,[2] hergerührt habe.[3] Daher sie auch bei vielen Dingen,

[1] l. c. S. 491. [2] Ex. 34, 35. [3] Ex. r. 47, 6.

die sie mifsbilligen, hervorheben, dafs sie zwar vom irdischen Gericht nicht bestraft würden, wohl aber vor Gott eine strafbare Handlung darstellen. Diese Gesetze, die also ungeschrieben sind, würden das repräsentieren, was man heute Moral im Gegensatz zum Gesetz nennt.

I.

Ein ausdrückliches Verbot der Prostitution unverheirateter Mädchen hat die Bibel nicht, doch ist ein solches Verbot deutlich genug ausgesprochen in dem Gesetz: „Du (als Vater) darfst nicht Deine Tochter entweihen, indem Du sie zur Buhlerei anhältst, und es soll das Land (d. h. seine Bewohner) nicht buhlen, damit das Land sich nicht fülle mit Unzucht".[1] Da die Buhlerei mit einer verheirateten Frau besonders verboten und als Ehebruch mit dem Tode beider Konkumbenten gestraft wird, so kann sich die zit. Gesetzesvorschrift eben nur auf Nichtverheiratete beziehen. So deduziert auch R. Eliesер in der Tosefta.[2] Eine besondere Strafandrohung kennt die Bibel nur für die Priestertochter: die Tochter eines priesterlichen Mannes, die zu buhlen beginnt, die entweiht ihren Vater, im Feuer soll sie verbrannt werden.[3] Aber jedes Mädchen, das bei ihrer Verheiratung nicht als Virgo befunden wurde, sollte gesteinigt werden, falls nicht ihre Schuldlosigkeit — etwa vorausgegangenes Stuprum usw. — unzweifelhaft erwiesen werden konnte.[4]

Ein weiteres Mittel zur Verhütung der Unzucht war die frühzeitige Ehe. „Wenn Deine Tochter mannbar wird, so schenke Deinem Sklaven die Freiheit und gib ihn ihr (wenn Du keinen passenderen Mann für sie hast).[5] Natürlich redet man nicht der Verheiratung à tout prix das Wort. So wird besonders vor der Ehe eines jungen Mädchens mit einem alten Mann gewarnt. „Du sollst Deine Tochter nicht entweihen, indem Du sie zur Dirne machst," dieses Gebot der Bibel übertritt nach R. Akiba derjenige, der seine mannbare Tochter warten läfst, nach R. Eliesер der, der sie einem Greise vermählt.[6] Und von diesen beiden, aber auch von dem, der seinem noch jungen Sohne bereits eine Frau gibt, gilt das Wort der Schrift:[7] „Gott wird ihm nicht verzeihen wollen.[8]

Als drittes wirksames Prophylaktikum wurde die Arbeit, besonders die körperliche, angesehen. Selbst wenn eine Frau hundert Sklavinnen dem Manne in die Ehe gebracht hat, lehrt R. Eliesер, soll sie verpflichtet sein, wenigstens bei der Verarbeitung der Wolle mitzuwirken; denn Müfsiggang führt zur Unzucht.[9] Ein Mann hat einen Sohn, er läfst ihn baden und sich salben, gibt ihm gut zu essen und zu trinken, hängt ihm einen Beutel Geld um den Hals und setzt ihn vor die Tür von Dirnen —

---

[1] Lev. 19, 29. [2] T. Quidd. I, 4. [3] Lev. 21, 9. [4] Dt. 22, 21. [5] Pes. 113a. [6] Sanh. 76a. [7] Dt. 29, 19. [8] Sanh. 76b. [9] Keth. V. 5.

wie soll es dieser Jüngling anfangen, dafs er nicht sündige? fragt R. Jochanan.[1] Hier kommt also aufser dem Müfsiggang noch der Überfluſs hinzu.

Ein ferneres wichtiges Moment ist die Tatsache, dafs das Bibelgesetz die Prostitution zu Ehren einer Gottheit, wie sie im Altertum nicht nur im Orient Sitte war, auf das strengste verbietet. Damit fiel von selbst die Vorstellung weg, als könne ein aufserehelicher sexueller Verkehr jemals nicht unsittlich sein. Auch die vom Gesetz nicht verbotene Polygamie, die den Mädchen die Eingehung einer legalen Verbindung natürlich mehr erleichterte als monogamische Verhältnisse, ist hier in Betracht zu ziehen. Soll doch auch Solon das Hetärengewerbe sogar gesetzlich sanktioniert haben, weil er dadurch die Männer von anderen verheirateten Frauen abzuhalten hoffte.

Zu alle dem kommt die durch die Sitten des Orients bedingte Abschliefsung der Frauen von der Aufsenwelt, der verheirateten sowohl als der jungen Mädchen. Man findet es fast natürlich, dafs Dina, Jakobs Tochter, weil sie „ausging, sich umzusehen unter den Töchtern des Landes“,[2] von dem Sohne eines heidnischen Nomadenscheiks vergewaltigt wird, ja man macht es sogar ihrer Mutter Lea zum Vorwurf, dafs sie „ausging ihrem Manne entgegen“.[3] Die Tochter ist eben wie die Mutter, beide sind „Ausgeherinnen“. Darum nennt die Bibel die Dina auch nur „die Tochter Leas“, nicht auch die Tochter Jakobs.[4] „Die draufsen Gehende,“ naphkath bara, ist bei den chaldäischen Bibelübersetzern der technische Ausdruck für die Dirne.

Diese Sitten und Gesetze in Verbindung mit einer grofsartigen Armengesetzgebung müssen ausgereicht haben, um z. Zt. der Bibel das Aufkommen der Prostitution unter jüdischen Mädchen zu verhindern. Bestanden hat die Prostitution natürlich, wie die zahlreichen Warnungen, besonders des Spruchdichters, beweisen, trotzdem, aber es ist längst darauf hingewiesen worden, dafs die Bibel die Prostituierte als nochrija, als Ausländerin (peregrina) bezeichnet. „Die Weisheit wird Dich schützen vor dem fremden Weibe, der Ausländerin, die glatte Reden führt.“[5] „Warum willst Du Dich vergessen mit einer Fremden und umfangen den Schofs einer Ausländerin?“[6] „Ein tiefes Grab ist die Buhlerin, eine enge Grube die Ausländerin.“[7] Man meint, dafs es sich um eingewanderte syrische oder phönizische Dirnen gehandelt habe, wie denn syrische Dirnen auch in der Kaiserzeit Rom durchzogen.[8] Im Talmud gilt sonst Arabien als das Land der Unzucht. „Von den zehn Mafs Unzucht, die in die Welt

---

[1] Ber. 32a. [2] Gen. 34, 1. [3] ib. 30, 16. [4] j. Sanh. II, 20d 17. [5] Spr. 2, 16. [6] ib. 5, 20. [7] ib. 23, 27. [8] Hartmann, Die Hebräerin am Putztisch und als Braut. Amsterdam 1809. T. II, 494. — Winer, bibl. Realwörterb. I, 612 Anm. 1.

gekommen sind, hat Arabien neun Mafs genommen und eines die ganze (übrige) Welt."[1] Auch Ägypten erfreut sich keines besonderen Rufes, „es war in Unzucht versunken." Man meint, Pharao habe nur deshalb nicht die neugeborenen jüdischen Mädchen ebenso wie die Knaben ertränken lassen, um sie zur Unzucht am Leben zu lassen.[2] Dafs in der Tat Ägypten und Syrien als die Pflanzschulen der Unzucht im Altertum betrachtet werden müssen, geht auch aus den Untersuchungen Rosenbaums hervor.[3] Später tritt Alexandria an die Stelle Arabiens.[4]

So wenig auch das Judentum der alten Zeit die Askese predigt, im Gegenteil die Lebenslust bei Wein und Musik hochschätzt,[5] „Weiber" haben zu dieser Lebensfreude nie gehört.

Den bekehrten Heiden legen die Apostel durch Dekret die Enthaltsamkeit von Hurerei, πορνεία, ausdrücklich auf;[6] für die bekehrten Juden hat man dieses Gebot für selbstverständlich gehalten.

Ganz bekannt ist der Zusammenhang des Götzendienstes mit der Unzucht, ein Grund mehr für die Rabbinen, sie zu bekämpfen. Man weifs, dafs manche Kulte des Altertums nur in der schamlosesten Prostitution bestanden. „Der Anfang der Buhlerei ist das Hinwenden zu Götzen," heifst es in der „Weisheit Salomonis."[7] Der Talmud hält das umgekehrte Verhältnis für das normale. Als Israel in Sittim lagerte, begann das Volk zu buhlen mit den Töchtern Moabs. Und diese Mädchen luden das Volk zu den Opfern ihrer Götter, das Volk afs und bückte sich vor diesen Göttern, so dafs man sich zu dem drakonischen Mittel veranlafst sah, alle Häuptlinge des Volkes standrechtlich zu hängen.[8] In der Sage, die offenbar zeitgenössische römische Verhältnisse im Auge hat, wird die Verführung noch genauer geschildert: In Midian hätte man Verkaufsbuden für Backwerk aufgestellt — auch die römischen Bäckerläden waren ja eine Art Bordelle,[9] — aufsen stand eine alte Frau, die den reellen Preis forderte, innen ein Mädchen, das die Ware billiger anbot. Kam ein Mann zu ihr hinein, so kredenzte sie ihm ein Glas Amoniwein, der den Körper zur Buhlerei reizt; hatte er getrunken und verlangte nun ihre Person, so zog sie das Götzenbild aus ihrem Busen und forderte ihn zur Verehrung auf, als Vorbedingung für ihre Preisgabe. Statt „Bäckerläden" findet sich auch der Ausdruck qinqelin, der dem römischen Worte cella entsprechen soll.[10]

Eine grofse Rolle spielt die Verbindung der Könige mit Heidinnen in der Staatengeschichte. König Salomo wird durch „fremde Frauen"

---

[1] Qidd. 49b cf. Aboth RN 28, 1. [2] Ex. r. I, 18. [3] Gesch. d. Lustseuche.' S. 226. [4] Esth. r. I, 17. [5] z. B. Sirach 35, 5/6. [6] Act. 15, 20; 21, 25. [7] Sap. 14, 12. [8] Num. 25, 1 ff. [9] Rosenbaum, Gesch. d. Lustseuche im Altertume, 7. Aufl. Berlin 1904. S. 103. [10] j. Sanh. X, 28d 7.

verleitet, den Götzendienst einzuführen,[1] im Reiche Israel geschieht dasselbe unter Ahab durch den Einfluſs der sidonitischen Prinzessin Isebel.[2]

II.

Die ganz gebräuchliche Benennung der Dirne in der Bibel ist zona, die sich anheftende, was die chaldäischen Übersetzer in der Regel, wie schon erwähnt, durch naphkath bara, „die draufsen Umhergehende", wiedergeben. In der Mischna erscheint dieser aramäische Ausdruck durch joceëth chuç zurückübersetzt.[3] Seltener ist die aramäische Übersetzung mat'aja oder mat'itha, die Verführerin. Wo der hebräische Text von einer ischa zona spricht, übersetzen die Chaldäer öfters pundeqitha, *πανδόκισσα*, eine, die alle aufnimmt, eine Gastwirtin. So nennen sie die Rahab in Jericho, bei der die Kundschafter Josuas einkehren,[4] so die Mutter Jephthas in Gilead,[5] so die Frau, zu der Simson in Gaza kommt,[6] so auch die beiden Frauen, in deren Streit König Salomo das berühmte Urteil spricht.[7] An anderen Stellen wieder geben sie auch die ischa zona durch naphkath bara.[8] In der Sache ist offenbar der Unterschied nicht sehr bedeutend; D. Kimchi wird wohl im Recht sein, daſs auch die Frau Wirtin ihren Gästen nicht nur mit Essen und Trinken diente.[9] Ihr Ruf ist auch in der Mischna nicht einwandfrei.[10] In dem *πανδοκεῖον*, in dem Bileam einkehrt, findet er Dirnen, die mit ihm essen und trinken und ihm zu Willen sind.[11] Die LXX und die Vulgata machen daher in ihren Übersetzungen überhaupt keinen Unterschied; sie sprechen durchweg von *πόρνη*, resp. meretrix oder scortum. Das entspricht ganz den Verhältnissen, wie sie Griechenland und Rom darboten, wo rechtlich die Wirte samt ihren Frauen auf derselben Stufe standen wie die Dirnen und Bordellwirte.[12] Josephus erklärt daher auch die zona, deren Ehelichung dem Priester verboten ist, als eine Frau, die vom Betriebe einer Weinschenke, *καπηλεία*, oder eines Gasthauses sich ihren Lebensunterhalt verschafft, *πανδοκεύειν*.[13]

Von der Herberge der Rahab braucht Josephus den Ausdruck *καταγώγιον*, Unterkunft, der ein „anständiges Lokal" bezeichnete.[14] Im neuen Testament gilt diese Rahab als die Ahnin Jesu,[15] erfreut sich auch sonst eines guten Rufes,[16] obgleich sie ihren Beinamen *ἡ πόρνη* beibehält. Auch die Juden rechneten sie zu den frommen Proselytinnen.[17]

---

[1] I. Kön. 11, 4 ff. [2] ib. 16, 31. [3] Kelim 28, 9; T. Kelim *β* V, 14, wo in Ed. Zckm. chuç statt chut zu lesen ist. [4] Jos. 2, 1; 6, 17. [5] Ri. 11, 1. [6] ib. 16, 1. [7] I. Reg. 3, 16. [8] Jer. 3, 3; Ez. 23, 44; 16, 30. Im Targum der Sprüche kommen beide Ausdrücke nicht vor. Lv. 21, 7 gehört überhaupt nicht hierher. [9] Zu Jos. 2, 1. [10] Dem. III, 5; besser schon Jeb. XVI, 7. [11] Targ. Jonath. zu Num. 24, 14. [12] Rosenbaum op. cit. S. 102. [13] Jos. Antt. III. Cap. 12, 2. [14] Joseph. Antt. V. cap. 1, 2 und 7. [15] Matth. 1, 5. [16] Hebr. 11, 31; Jac. 2, 25. [17] Jalqut II, 9.

Ob sie als verheiratet zu denken ist, ist ungewifs. Sie bedingt sich die Rettung der Eltern und Geschwister (die nicht bei ihr wohnen, v. 18) aus, spricht aber nicht von ihrem Manne. Von sich selbst allerdings auch nicht.[1]

(Fortsetzung folgt.)

[1] Jos. 2, 13.

Aus der dermatologischen Klinik in Graz. (Vorstand: Prof. KREIBICH.)

Über Cylindroma epitheliale.

Von

Dr. R. POLLAND.
I. Assistent.

Selten scheint sich im höheren Alter in der gesamten Gesichtshaut jene Gleichgewichtsstörung zwischen Epithel und Cutis zu finden, wie sie z. B. für Xeroderma pigmentosum charakteristisch ist und dort zur Entwicklung multipler Carcinome führt. So wie bei Xeroderma pigmentosum sind dann in diesen Fällen die Geschwülste nicht Cancroide, sondern Epitheliome vom Typus des Ulcus rodens. Da nun in einem derartigen Fall, bei welchem sich eine gröfsere Anzahl gleichzeitig bestehender Geschwülste im Gesicht und Hals fand, das Ulcus rodens durch eine eigenartige Beziehung des Epithels zum Bindegewebe zu einer selteneren Variante dieser Geschwulst führte, die man als Cylindroma epitheliale bezeichnen könnte, so möge dieser Fall in folgendem kurz besprochen werden.

Der 77jährige Patient ist zwar mager und etwas blafs, aber für sein hohes Alter ziemlich rüstig, sein Allgemeinbefinden vollkommen zufriedenstellend. Aus der Vorgeschichte interessiert uns folgendes:

Patient bemerkt seit etwa zwei Jahren, dafs sich auf der Nase, an der Wange und an verschiedenen anderen Stellen des Gesichtes kleine Knoten bilden, welche, ohne subjektive Erscheinungen zu machen, langsam wachsen. Viele derselben wurden schliefslich weicher und exulcerierten in der Mitte. Dadurch, dafs an einzelnen Stellen viele Knötchen entstanden, die dann beim Zerfall konfluierten, ist es dort zu etwas gröfseren granulierenden Substanzverlusten gekommen, die folgenden Befund darboten:

Der rechte Nasenflügel und die rechte Nasolabialfurche sind eingenommen von einem flachen, ziemlich unregelmäfsigen Substanzverlust, der mit sehr dicker Krustenauflagerung bedeckt ist. Nach Ablösung derselben zeigt sich eine mäfsig derbe, stellenweise sogar ziemlich weiche Geschwürsbasis, welche leicht blutet und weiche, flache Ränder besitzt. An der linken Wange ein analoger, talergrofser, mit dichten

Krustenauflagerungen bedeckter Herd. Nach gewaltsamer Ablösung der Krusten zeigt sich ein flach prominenter, mäfsig derber Tumor, leicht mit der Haut verschieblich, dessen Oberfläche in ein unregelmäfsiges Geschwür verwandelt ist. Die Basis ist höckerig, ziemlich weich, der Rand nach aufsen zu leicht wallartig vorgewölbt, mäfsig derb; an der medialen Seite aber besteht er aus einer Anzahl linsen- bis bohnengrofser Knötchen. Ein Teil derselben ist bereits exulceriert, der andere zeigt ein eigentümlich wachsartig-transparentes Aussehen. In der linken Nasolabialfurche sieht man mehrere etwas gröfsere Knötchen von gleicher Beschaffenheit, dicht gedrängt, aber noch nicht exulceriert. Vereinzelt stehende Knötchen findet man ferner an der Stirn, vor und hinter beiden Ohrmuscheln, am Hals, an der linken Wange, am rechten inneren Augenwinkel; einige derselben tragen in der Mitte kleine Geschwüre.

Vom äufseren rechten Augenwinkel zieht zur Wange eine unregelmäfsige, eingezogene Narbe, welche die äufsere Hälfte des unteren Lides ektropioniert hat. Dieselbe rührt von einer Verletzung her. Die innere Lidhälfte ist ebenfalls narbig verändert, der Tränensee zerstört, es besteht etwas Tränenträufeln. Beiderseits unter dem Unterkiefer je eine kleine runde harte Drüse.

Aufserdem finden sich an zahlreichen Stellen des Körpers mehr oder weniger stark pigmentierte und behaarte Naevi, teils ephelidenartig, teils prominent. Ferner über dem linken Pektoralis ein ganseigrofses Lipom und mehrere sehr grofse Atherome.

Die eigentümlich wachsartige, transparente Beschaffenheit der kleinen Tumoren brachte uns auf die Vermutung, dafs es sich hier nicht um die gewöhnliche Form des Ulcus rodens handeln dürfte, sondern um jene mit hyaliner Degeneration und Bildung schlauch- und cystenförmiger Hohlräume einhergehende Abart, die man als Cylindrom bezeichnen kann, und zwar im Gegensatz zu den in analoger Weise veränderten Geschwülsten bindegewebiger Abkunft als epitheliale Cylindrome. Diese Vermutung wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt, deren Ergebnis kurz folgendes ist:

Es wurden vier teils exulcerierte, teils geschlossene Tumoren aus verschiedenen Stellen des Gesichtes excidiert und histologisch untersucht. Es ergab sich, dafs alle diese Geschwülstchen denselben Parenchymcharakter aufwiesen, nämlich den Charakter des Ulcus rodens; d. h. die Tumoren erwiesen sich als zusammengesetzt aus Zellen mit grofsen, sich stark färbenden Kernen und spärlichem, nicht eosinophilem Protoplasma. Diese Zellen besitzen keine Riffeln und zeigen Tendenz zur Nekrose. Die Verschiedenheit im Aussehen der einzelnen Geschwülstchen ist lediglich bedingt durch die Form und Gröfse der Läppchen und durch die Beziehung derselben zum Bindegewebe.

Bezüglich der Form sieht man einmal breite grofse Zellgruppen, die in der Mitte ihres Parenchyms manchmal rotgefärbte kernlose Stellen zeigen, also Nekrose des Parenchyms; ferner andere, bei denen die Läppchen schlauchartig in die Länge gezogen sind und dendritische und blumenkohlartige Verzweigungen zeigen; endlich sieht man Stellen, wo durch Gegen-

einanderwachsen der fein ausgezogenen Läppchen ein förmliches Netzwerk aus Epithelzellbalken entstanden ist. Zwischen den Maschen dieses Netzwerkes sieht man Bindegewebe, an dessen allseits von Tumorbalken umwachsenen Zellen man eine myxomatöse Degeneration beobachten kann. Man sieht in der Mitte der eingeschlossenen Bindegewebsinsel noch ziemlich intakte Bindegewebszellen, in der Umgebung bereits eine schleimige hyaline Masse, die teils ein feines Netzwerk von Fasern aufweist, teils ganz homogen erscheint. In dem besonders durchscheinenden Tumor vom Hals sieht man vielfach cystische Hohlräume mit Resten degenerierten Gewebes, die offenbar ebenfalls durch schleimige Entartung der abgeschlossenen Bindegewebsbündel entstanden sind und die Transparenz des Tumors bedingen.

Bei den bereits in der Mitte ulcerierten Geschwulstknoten sieht man in den seitlichen Partien ebenfalls die oben beschriebenen Läppchen und schlauchförmigen Zellgruppen. Gegen die Mitte zu verlieren die Zellen ihre regelmäfsige Gruppierung, die Kerne sind schlechter gefärbt, das Protoplasma granuliert, endlich werden die Zellkonturen undeutlich, und man sieht in der Mitte des Knotens die Epidermis und Cutis usw. ersetzt durch Zelldetritus.

Nun sei besonders ein Punkt hervorgehoben, der für die Beurteilung der beschriebenen Tumoren von ausschlaggebender Wichtigkeit ist: man sieht nämlich an sehr vielen unserer Schnitte vollkommen deutlich, dafs die alveolären Zellgruppen und Zellstränge des Tumors an vielen Stellen direkt mit dem Epithel der Haut zusammenhängen, und man kann beobachten, wie die Zellen der in die Länge gezogenen Retezapfen allmählich die Form der Tumorzellen annehmen. Diese Tatsachen zeigen uns klar und deutlich, dafs wir es mit epithelialen Tumoren zu tun haben. Es sei mir nun gestattet, über die Klassifikation der fraglichen Neoplasmen im System einige Worte zu verlieren.

Was zunächst den Namen „Cylindrom" betrifft, so besagt derselbe nicht, ob die damit bezeichneten Tumoren zu den epithelialen oder den bindegewebigen gehören. Billroth scheint allerdings Bindegewebsgeschwülste darunter verstanden zu haben, wollte aber mit diesem Namen ebenfalls nur Tumoren kennzeichnen, in denen schlauchförmige, hyaline oder schleimige Stellen besonders hervortreten, und in diesem Sinne gebrauchen auch wir diesen Ausdruck. Der ursprünglich mit dem Wort „Cylindrom" verbundene Begriff hat sich allerdings in der Folge insofern etwas verschoben, als eine grofse Anzahl von Autoren die damit bezeichneten Tumoren zu den Bindegewebsgeschwülsten rechnen und ein Teil derselben sie zu den Blut- und Lymphgefäfsen in Beziehung brachte. Dies führt uns auf einen weiteren Namen, mit dem wir die hierher gehörigen, ziemlich seltenen Neoplasmen der Haut bezeichnet finden, nämlich „Endotheliom".

So teilt HANSEMANN (1) in einer Arbeit über Endotheliome dieselben in vier Gruppen; die vierte besteht nach seinen Ausführungen aus verschiedenartigen Tumoren, bei welchen das Stroma gewisse Veränderungen erfährt und besonders hervortritt; wenn dasselbe hyalin degeneriert, so kommt es zum Cylindrom.

SPIEGLER (2) berichtet über drei Fälle von Endotheliom der Haut mit einem ganz charakteristischen klinischen Bild: im behaarten Kopf und im Gesicht lokalisierte, zum Teil recht beträchtliche Tumoren in grofser Zahl, die einen gutartigen Verlauf nehmen, weder zerfallen noch Metastasen setzen. An einem dieser Fälle sucht SPIEGLER nachzuweisen, dafs die Tumoren vom Endothel der Blutgefäfse ausgehen; bei den beiden anderen war er nicht in der Lage, einen Zusammenhang mit bestimmten Gefäfsen nachzuweisen, so dafs er als Ursprungsstätte der Geschwülste nur hypothetisch die Endothelien der Lymphspalten annehmen kann. Er gibt ferner an, dafs nach seiner Ansicht die Cylindrome (BILLROTH) mit diesen Geschwülsten sehr viel Verwandtschaft hätten.

RIEHL (3) stellte eine 75jährige Frau mit typischem klinischen Befunde als Fall multipler Endotheliome der Haut vor und bezeichnet das Endothel der Lymphwege als Ausgangsstelle.

Hingegen erwähnt LUBARSCH (4) bei Besprechung der Endotheliome einen Fall von multiplen Tumoren auf der Stirn mit dem typischen histologischen Befund des Cylindroms, in dessen Zellen jedoch Epithelfasern nachzuweisen waren.

In ausführlicher und zusammenfassender Weise äufsern sich über diese Frage DUBREUILH und AUCHÉ (5) unter dem Titel: Epithéliomes bénins multiples du cuir chevelu. Nach Zusammenstellung von dreizehn Fällen aus der Literatur (darunter auch die drei Fälle SPIEGLERS) befassen sich diese Autoren sehr eingehend mit der Histologie der Tumoren, deren Zusammenhang mit den Hautepithelien sie in zahlreichen Serienschnitten nachweisen. Im Gegensatz zu anderen Autoren (SPIEGLER, MULERT) sind sie der Ansicht, dafs es sich um Epitheliome handelt, und zwar vom Charakter des Ulcus rodens.

Auf Grund unserer Befunde können wir, wenigstens bezüglich des vorliegenden Falles, der Ansicht dieser beiden Autoren nur vollinhaltlich beipflichten. Unsere Präparate zeigen ganz analoge histologische Bilder; auch in ihnen sieht man deutlich den Zusammenhang der Geschwulstzellenstränge mit der Epidermis (vergl. Fig. 8 der beiden Autoren), nirgends aber einwandfreie Beziehungen zu Blut- oder Lymphgefäfsen und dem Tumor.

Was SPIEGLERS Fälle anbelangt, so waren wir in der Lage, einige Präparate von denselben untersuchen zu können. Trotzdem wir leider nur sehr wenig Material zur Verfügung hatten, glauben wir doch in einem

Schnitt eine Stelle gefunden zu haben, welche ganz deutlich den Zusammenhang auch dieser Tumoren mit der Epidermis erweist. Im übrigen stimmt das histologische Bild vollkommen sowohl mit unseren Präparaten als auch mit Fig. 8 DUBREUILHS und AUCHÉS überein.

Ganz analog scheint uns ferner ein von DALOUS (6) als Cylindrom der Haut beschriebener Fall zu sein: multiple, knotenförmige Geschwülste im Gesicht bei einem 70jährigen Mann. Nach Ansicht des Autors sind diese Geschwülste epithelialer Natur, und zwar handelt es sich um eine Wucherung der MALPIGHIschen Schicht mit trabekularem Typus.

Auf Grund unserer Untersuchungen und unter Berücksichtigung der Literatur glauben wir zu der Annahme berechtigt zu sein, dafs jene eigentümlichen und seltenen multiplen, gutartigen Tumoren des Gesichtes und behaarten Kopfes, die unter dem Namen Cylindrom, Endotheliom, Epithelioma benignum usw. beschrieben wurden, als identisch aufzufassen und den Epitheliomen zuzurechnen sind. In unserem Fall und den Fällen mehrerer Autoren ist der Zusammenhang mit der Epidermis unanfechtbar im Präparat zu sehen; in unserem Fall spricht auch der Übergang in Ulcus rodens dafür. Und wenn es in anderen Fällen nicht gelang, diesen Nachweis zu erbringen, so liegt dies zum Teil daran, dafs nicht in lückenlosen Serien untersucht wurde, oder dafs man sich durch einen scheinbaren Zusammenhang mit Blut- oder Lymphgefäfsen zu der Annahme verleiten liefs, dafs es sich um Tumoren endothelialen Ursprungs handle.

Literatur.

1. HANSEMANN. Über „Endotheliome". *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. pag. 52.
2. SPIEGLER. Endotheliome der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. L. pag. 163.
3. RIEHL. Referat. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XIX. pag. 434.
4. LUBARSCH. Ergebnisse. 1895. pag. 597.
5. DUBREUILH und AUCHÉ. Épithéliomes bénins multiples du cuir chevelu. *Annal. de derm. et de syph.* 1902. Nr. 6.
6. DALOUS. *Annal. de derm. et de syph.* 1902. Nr. 5. pag. 469.

Aus der Praxis.

Ein neuer Pinselapparat zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica anterior.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Mit einer Abbildung im Text.

Ultzmann hat zur Behandlung des chronischen Trippers der vorderen Harnröhre mit Ätzmitteln einen Pinselapparat angegeben, welcher aus Hartgummi verfertigt wird und aus einem Tubus mit Obturator, also einem Endoskop, und einem an einen längeren Stiel angeschraubten Haarpinsel besteht. Während früher das Ultzmannsche Instrument neben der Sondenbehandlung, den Didayschen Spülungen und den Guyonschen Instillationen unentbehrlich war, wurde es seit Einführung der Spülungen Janets und der Oberländer-Kollmannschen Dilatatorien entschieden vernachlässigt. Doch ist in neuester Zeit, so von Wossidlo in seinem vorzüglichen Lehrbuche, die Pinselung nach Ultzmann mit 10- bis 20%igen Argentum nitricum-Lösungen zur Behandlung hartnäckiger Granulationen, welche der gewöhnlichen Dilatationsbehandlung nicht weichen wollen, empfohlen worden.

Seit vielen Jahren habe ich neben der Behandlung mit Dehnungen usw. die meisten Fälle von Urethritis gonorrhoica anterior chronica auch mit Ultzmanns Pinsel behandelt und besonders dann mit ausgezeichnetem Resultate, wenn ich auf starke Ätzwirkung verzichtete und das Argentum nitricum durch mildere Argentumpräparate ersetzte. Man hat dann nicht nötig, die Harnröhre genau endoskopisch zu kontrollieren und kann die Ätzflüssigkeit auf die ganze Schleimhaut der vorderen Harnröhre einwirken lassen, ohne eine Reizung befürchten zu müssen.

Mit dem Pinsel ist man imstande, selbst kleine gonorrhoische Herde zu entdecken. Mit keinem Instrument, nicht einmal mit der Knopfsonde, fühlt man so genau die Infiltrate wie mit dem Haarpinsel. Die normale Schleimhaut fühlt sich mit ihm sammetartig weich an, während die geringste Infiltration in den den Pinsel haltenden Fingern ein Gefühl hervorruft, als wenn man auf einen härteren Gegenstand stieſse. Der Patient empfindet an dieser Stelle einen leichten Schmerz. Will man also nicht

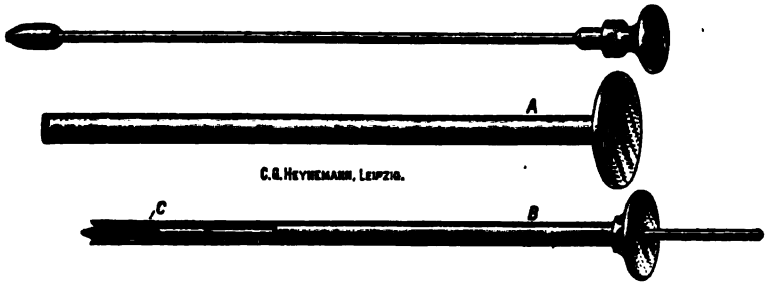
endoskopieren und nicht die ganze Schleimhaut ätzen, so notiert man sich diese Stelle mit dem Blaustift und kann nun isoliert mit stärkeren Ätzungen behandeln.

Früher benutzte ich das von LETZEL empfohlene Argentamin. Dieses wird aber von dem Ichthargan übertroffen, welches ich seinerzeit als ein sehr mildes und doch energisch wirkendes Antigonorrhoicum empfohlen hatte. Mit schwachen 2- bis 3%igen Ichthargan lösungen kann man die ganze vordere gonorrhoisch erkrankte Harnröhre pinseln, ohne Reizung und Eiterung befürchten zu müssen.

Bei stark gefalteter Schleimhaut und auch sonst, ist der Pinsel von ULTZMANN aber zu klein, um genügend wirken zu können.

Man kann den Pinsel auch nicht gröfser herstellen, weil beim Durchzwängen durch den Tubus die Pinselhaare sich leicht nach hinten umknicken und so ein grofser Teil der Ätzflüssigkeit verloren geht. Ich setzte mich deshalb mit dem Mechaniker C. G. Heynemann in Leipzig in Verbindung, und diesem ist es gelungen, einen vorzüglichen Pinselapparat zu konstruieren und den Pinsel in einer Stärke zu liefern, wie sie ein gewöhnlicher Rachenpinsel aufweist.

Auf beigedruckter Figur ist die Konstruktion des neuen Pinselapparates in anschaulicher Weise dargestellt.



Der Apparat ist aus Silber hergestellt und besteht aus einem Tubus *A* von 21 Charrièren, welcher mit einem Obturator armiert ist. In diesen hineinpassend kommt ein zweiter Tubus *B*, in den der Pinsel eingeschoben wird. Der von aufsen ganz glatte Tubus *B* hat innen nahe dem proximalen (endourethralen) Ende eine Auftreibung. Von diesem Ende aus kann der Pinsel und zwar zunächst mit dem äufseren Ende *C* seines Schaftes eingeführt werden. Diese innere Erweiterung des Tubus *B* gestattet, den Pinsel soweit zurückzuschieben, dafs er im Rohre völlig gedeckt liegt. Beim Gebrauch führt man zunächst den Tubus *A* + Obturator ein, zieht dann den letzteren heraus, armiert den Tubus *B* mit dem Pinsel *C*, nimmt in die linke Hand das die Ätzflüssigkeit enthaltende Gefäfs, am einfachsten einen Eierbecher, weil er einen Handgriff hat,

schiebt den Pinsel von oben im Tubus soweit vor, dafs die Pinselhaare freiliegen, läfst diese sich voll Flüssigkeit saugen, zieht den Pinsel, soweit angängig, im Tubus zurück, führt Tubus *B* + Pinsel von aufsen in den schon in der Harnröhre befindlichen Tubus *A* ein, drückt mit dem Daumen auf den Pinselschaft, so dafs er etwa 1 cm vorrückt und ätzt nun die Schleimhaut durch rotierend reibende Bewegungen. Alsdann zieht man den Pinsel, soweit es geht, im Tubus zurück und nimmt Pinsel und Tubus *B* heraus. Jetzt entfernt man erst den Tubus *A*. Man kann auch mehrmals, ohne dem Patienten Schmerzen zu bereiten und ohne die Schleimhaut zu reizen, wiederholt Pinsel + Tubus *B* herausnehmen und wiederum ätzen. Dies hat stets dann zu geschehen, wenn man die ganze vordere Harnröhre ätzen will. Stets mufs der Tubus *A* um ein Stück dabei zurückgeschoben werden, um alle Partien der Schleimhaut genau zu treffen. Man fixiert jedesmal den zurück gerückten Tubus *A* mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, während Hohlhand und die übrigen gekrümmten Finger und der Daumen den Eierbecher festhalten.

Seit Monaten arbeite ich täglich mit meinem neuen Pinsel. Der therapeutische Erfolg ist deshalb ein weit gröfserer wie bei Anwendung des Ultzmannschen Apparates, weil die Gröfse des Pinsels alle erkrankten Falten und Buchtungen mit verhältnismäfsig bedeutender Menge Ätzflüssigkeit zu treffen gestattet.

Behandlung der weichen Infiltrate: Zwei- bis dreimal wöchentlich Pinselung der ganzen Schleimhaut der vorderen Urethra mit 2- bis 3%iger wässeriger Ichthargan lösung oder lokale Ätzung mit 6- bis 10%iger Ichthargan lösung.

Behandlung der harten Infiltrate: Ichthargan pinselung zweimal pro Woche nach vorhergehender Dehnung mit Kollmann- oder Oberländer-Dilatator.

Ich übergebe meinen neuen Pinselapparat den Herren Kollegen zur weiteren Prüfung und hoffe, dafs er sich einen dauernden Platz im urologischen Instrumentarium erringen wird.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 6.

1. Zur Topographie der Spirochaeta pallida in der krustös werdenden Papel, von S. Ehrmann-Wien. E. hat bei einem Syphilitiker mit makulopapulösem Exanthem aus der Unterbauchgegend eine Papel exzidiert und histologisch untersucht; er beschreibt die charakteristischen Merkmale des Befundes, zusammenfassend in

folgender Weise: „In den Schnitten der makro- und mikroskopisch intakte Epidermis aufweisenden papulösen, im vorkrustösen Stadium befindlichen syphilitischen Efflorescenz fanden sich nebeneinander liegend zwei Spirochätenherde (ein gröfserer und ein kleinerer); überwiegendes Vorkommen der Spirochäten in der Epidermis, wo sie bis nahe an das Stratum granulosum heranreichen und, im Gegensatz dazu, verschwindend kleine Mengen in der Cutis und in den Papillen; in letzteren öfters Beziehungen zu den Blutgefäfskapillaren; in der Epidermis Lagerung in den Interspinalräumen mit sehr deutlich ausgesprochenen topographischen Beziehungen zu den Leukocytenhaufen." Innerhalb von Zellen waren keine Spirochäten zu finden; E. hält daher an seiner anderwärts bereits geäufserten Ansicht fest, dafs bei der akquirierten Lues das extracelluläre Vorkommen der Spirochaeta pallida als Regel aufzufassen ist. — Schon vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida hat E. angenommen, dafs das syphilitische Virus in den Lymphbahnen auf chemotaktischem Wege eine Anlockung auf Lymphocyten ausübe, auch dort, wo im Bindegewebe die Veränderungen noch kaum nachweisbar sind; der oben beschriebene Befund kann als Bestätigung dieser Annahme betrachtet werden. — Die grofse Zahl von Spirochäten, die E. in der sonst völlig intakten Epidermis gefunden hat, zeigt, dafs unter Umständen auch papulokrustöse Efflorescenzen des Stammes eminent ansteckungsfähig sind, und dafs daher bei ihrer Berührung und Behandlung gröfstmögliche Vorsicht geboten ist.

2. **Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida,** von F. R. M. Berger-Köln. B. berichtet eingangs seiner Arbeit kurz über vier Fälle, in denen der Nachweis der Spirochaeta pallida die Stellung der Diagnose „Syphilis" schon zu einer Zeit ermöglichte, in der die klinischen Erscheinungen eine sichere Diagnose noch nicht ermöglichten.

Zur schnelleren Färbung der Spirochaeta pallida benutzt B. eine Mischung von Giemsa-Lösung mit Azurblaulösung nach Giemsa III; er läfst diese Mischung auf die mit Kaliumlaugelösung (10 ccm Aqu. dest. mit drei Tropfen einer 1/4%igen Lösung Kaliumlauge) vorbehandelten, vorsichtig abgetrockneten und gut fixierten Präparate einwirken. Bei den auf diese Weise gefärbten, von einer erodierten hypertrophischen Papel stammenden Präparaten fand B. Spirochäten mit endständigen und mit mittelständigen ringförmigen Gebilden und merkwürdige Spirochätenformen mit soliden Verdickungen im und am Spirochätenleib und von diesen ausgehende kleinere Figuren. Die eigentümlichen Gebilde, deren genauere Beschreibung ohne die der Arbeit beigegebenen 15 Mikrophotogramme nicht möglich ist, hält B. für Bestandteile der Spirochaeta pallida, die „zu deren Teilung in Beziehung zu bringen sind". Nur die Ausstrichpräparate einer Papel liefsen die vielgestaltigen Gebilde erkennen; wahrscheinlich befanden sich die Spirochäten hier gerade in einem besonderen Teilungsstadium.

8. **Die Aspirationsbehandlung der chronischen Blennorrhoe,** von H. Strebel-München. Durch die gebräuchlichen Harnröhrenspülungen kann man wohl das bereits auf der Schleimhautoberfläche befindliche blennorrhoische Sekret aus der Urethra beseitigen, nicht aber das tiefer in den Drüsen sitzende. Str. versucht nun seit einiger Zeit, dieses in der Tiefe befindliche Sekret mittels negativen Druckes durch Aspiration zu entfernen. Er führt ein mit zahlreichen Fenstern versehenes Metallrohr, also eine Art vielfach gelochten Katheters mit geschlossenem Ende in die Urethra ein, drückt den Penis mit der Hand fest an das Rohr und saugt aus diesem mittels einer grofsen Saugspritze Luft an; bei starkem negativem Luftdruck wölbt sich dann die Schleimhaut direkt in die Fenster hinein, und die auf der Oberfläche und die in der Tiefe befindlichen Sekretmassen werden in das Rohr hineingesogen, von wo aus sie leicht entfernt werden können. Durch das Ansaugen kann man in den infiltrierten Teilen der Schleimhaut gleichzeitig eine Hyperämie erzeugen, wie sie Bier für seine Stauung

erstrebt. Aufserdem aber kann man die Vakuumwirkung so hoch treiben, dafs an bestimmten Stellen Austritt von Blut in die Infiltratmassen hinein erfolgt und sogar Zerreifsungen der Schleimhaut und der tiefer gelegenen Gewebsteile wie bei einer Oberländerschen Dilatation eintreten. Die sich dann einstellende Reaktion der Gewebe dient direkt zu Heilzwecken, speziell zur Aufsaugung der Infiltrationen. Die Wirkung läfst sich steigern, die Aufsaugung des Eiters aus der Tiefe namentlich wird erleichtert, wenn man vor der Aspiration die Infiltrationen mit einer feinen Nadel stichelt. Man bedient sich dazu am besten eines kleinen Motors mit Stofsvorrichtung, wie er nach Str.s Angaben von Quark-München zusammengestellt wird. Das Instrument zur Aspiration selbst wird von Heynemann-Leipzig hergestellt. Die von Eschbaum-Bonn in den Handel gebrachte Saugglocke zur Behandlung der Blennorrhoe mit Bierscher Stauung hat nach Str. keinen Wert; man erzielt mit ihr lediglich eine Hyperämie der äufseren Haut.

Str. betrachtet die neue Methode, über die er selbst noch keine sehr grofsen Erfahrungen hat, als Ergänzung seiner Glimmlichtbehandlung der Blennorrhoe für Fälle, in denen der die Infiltration unterhaltende Keim durch seinen tiefen Sitz der Einwirkung des Lichtes entrückt ist.

4. **Technisches zur Röntgentherapie**, von L. Göhl-Nürnberg. I. **Parallele Funkenstrecke, Milliampèremeter.** Die Gröfse der parallelen Funkenstrecke gibt nur bei Verwendung des gleichen Induktors und des gleichen Unterbrechers, gleicher Belastung und gleicher Lampensorten Aufschlufs über die Lampenhärte, ein absolutes Mafs für die Härte der Röhren ist sie aber nicht, da sie einerseits von der Art der Röhren, andererseits von der jeweiligen Belastung abhängt. Höchstens zur Kontrolle für das Weicher- oder Härterwerden der Lampen während einer Sitzung kann die parallele Funkenstrecke dienen, aber auch diese Kontrolle kann auf andere Weise rascher und zuverlässiger ausgeübt werden. Man sieht nämlich, allerdings nur im halb oder ganz dunklen Röntgenzimmer, dafs sich mit der Verminderung des Widerstandes in der Röntgenröhre an oder über der Antikathode ein blauer Hof bildet, der um so stärker ist, je geringer der Widerstand, d. h. je weicher die Lampe ist; bei richtiger Belastung der Röhre bleibt der blaue Hof gleichmäfsig grofs, rasches Gröfserwerden deutet auf eine Überlastung der Röhre. Bei einiger Übung kann man die Härte einer Lampe nach diesem Hofe bis auf 0,5° der Wehnelt-Skala genau taxieren. — Ganz objektiv kann das Weichwerden einer Röhre während des Betriebes durch das Milliampèremeter kontrolliert werden. Während harte Röhren nur 0,4 M.-A. durchlassen, sind mittelweiche für 1—2, weiche für 2—4 M.-A. durchlässig. Zeigt das Milliampèremeter beim Betrieb ein rasches Steigen der Milliampèrezahl, so deutet dies auf Überlastung hin.

II. **Kabelspanner.** Um durch hängende Drähte nicht zu sehr gehindert zu sein, hat G. sich von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall Kabelspanner anfertigen lassen, die nach Art der selbstaufrollenden Mafsbänder konstruiert sind. Die kleine Vorrichtung hat sich bei G. im Gebrauch bisher sehr gut bewährt.

III. **Beleuchtungsschirm.** Für die Belichtung kleiner Hautstellen, besonders im Gesicht, benutzt G. seit drei Jahren einen ebenso einfachen wie praktischen Schirm, bestehend aus einer 85 qcm grofsen, 3 mm starken Bleiplatte mit einer in der Mitte angebrachten, 3 cm lichte Weite besitzenden Öffnung, der ein ebenso weites, 7 cm langes Bleirohr aufsitzt. Der Schirm wird bei der Bestrahlung senkrecht auf den Röntgentisch gestellt, die glatte Fläche der Röntgenröhre, die mit dem röhrenförmigen Ansatz und aufserdem noch mit zwei Haltern versehene Seite dem Patienten zugewendet. In die Öffnung am freien Ende des Röhrenansatzes wird dann eine kleine Bleiplatte eingefügt, die in der Mitte entsprechend der Gröfse und Form des zu be-

strahlenden Krankheitsherdes ausgeschnitten ist; diese kleine Bleiplatte wird immer nur für einen Patienten benutzt.

5. **Die Lassarsche Zinkpaste in der Veterinärmedizin**, von Goldbeck-Sagan. Empfehlung der Lassarschen Zinkpaste für den Gebrauch bei hautkranken Tieren; die Paste haftet fest am Tierkörper, ohne zu reizen; sie nimmt alle möglichen Arzneistoffe auf und sie ist überdies billig.

6. **Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis**, von W. A. Nestorowsky-St. Petersburg. (Heft 3, 5 und 6.) Umfangreiche Arbeit, deren wesentlicher Inhalt in folgenden Schlufssätzen zusammengefafst wird:

1. Die Dysidrosis ist zweifellos eine Krankheit der Schweifsdrüsen, und die Dysidrosisbläschen stehen mit den Schweifsdrüsenausführungsgängen in engem Zusammenhange.

2. Der Dysidrosis geht übermäfsige Schweifssekretion voraus. Letztere bildet entweder einen permanenten, krankhaften Zustand, die sog. Hyperidrosis, oder wird zufällig durch irgend welche Momente hervorgerufen.

3. Übermäfsiges, unter Einwirkung dieses oder jenes Agens, dessen Natur nicht immer dieselbe zu sein braucht, sich entwickelndes Schwitzen kann mit Störungen im Gebiete der vasomotorischen und trophischen Nerven Hand in Hand gehen; eine Folge davon ist Quellung der Hornsubstanz, Ablösung derselben und Verlegung der Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen mit besonderen Pfropfen. Letztere bestehen aus Hornsubstanz, welcher zuweilen Zellen der tieferen Epithelschichten anhaften. Klinisch können diese Pfropfen als dunkles Pünktchen im Zentrum des Dysidrosisbläschens konstatiert werden. Später werden sie ausgestofsen, verändern sich und entgehen dem Auge des Beobachters.

4. Die Verlegung der Ausführungsgänge mit einem Pfropfen führt zur Bildung von cystischen Erweiterungen ihres Ostiums.

5. Eine Folge hiervon ist Berstung der Ausführungsgänge und Schweifserguls in das benachbarte Epithelgewebe.

6. Die der Einwirkung des Schweifses ausgesetzten Epithelzellen werden ödematös, quellen, zeigen Vakuolenbildung, später körnigen Bau und Zerfall. Auf diese Weise entsteht das primäre Bläschen, welches allmählich anwächst.

7. Zugleich mit der Schweifsretention setzen regressive Veränderungen in den Ausführungsgängen und Drüsenknäueln ein. Das Epithel der letzteren erfährt dieselben Veränderungen: Ödem, Quellung, Desquamation und Vakuolisation. Sodann nimmt es körniges Aussehen an und verfällt dem Zerfalle.

8. Die Bildung von Dysidrosisbläschen durch cystische Erweiterung des Ostiums der Ausführungsgänge ist nicht die einzige Art der Entstehung dieser Bläschen. Ausbuchtungen des Ausführungsganges und primäre Bläschen können sich unter Einwirkung des Flüssigkeitsdruckes im oberen, mittleren und seltener im unteren Teile der Malpighischen Schicht und überhaupt längs des ganzen Verlaufes dieses Ganges in der Epithelschicht bilden.

9. Es wird auch Bläschenbildung infolge von Berstung des Ausführungsganges und Schweifserguls durch Seitengänge beobachtet.

10. Bei der Abschichtung der Hornschicht unter Einwirkung des Schweifsdruckes bilden sich Bläschen infolge von Schweifserguls in die Spalte zwischen Hornschicht und Stratum granulosum und infolge von stellenweiser Schmelzung der Körnerschicht. Durch diese Spalte gelangt der Schweifs in die Malpighische Schicht und bildet hier Bläschen.

11. Bläschen bilden sich noch infolge von diffuser Schweifsimbibition der Interpapillarräume, wobei der Schweifs aus stark erweiterten Ausführungsgängen oder namentlich auch aus grofsen Blasen stammt.

12. Die Bläschen können sich sowohl zwischen den Papillen als auch über ihnen entwickeln.

13. Grofse Dysidrosisblasen entstehen durch Konfluenz von kleinen Bläschen, die ihre Existenz mehreren benachbarten Ausführungsgängen verdanken; zur Bildung einer grofsen Blase tragen also immer mehrere Ausführungsgänge bei.

13. Mit der Bildung grofser Blasen geht komplette Atrophie der entsprechenden Ausführungsgänge und Drüsenknäuel Hand in Hand.

15. Die Atrophie der Schweifsdrüsen bedingt Rückentwicklung der Blasen.

16. Die Regeneration des die gewesene Bläschenhöhle ausfüllenden Epithels findet von den unversehrt gebliebenen Epithelzellen des Stratum granulosum und der Malpighischen Schicht aus statt.

17. Entzündliche Erscheinungen können bei Dysidrosis zu Beginn der Bläschenbildung nicht festgestellt werden. Nur bei der Bildung von grofsen Blasen können sie sich bemerkbar machen. Sie müssen als konsekutive Erscheinung angesehen werden.

7. **Ein Beitrag zur Kenntnis des Krakauer Prostitutionswesens im XV. Jahrhundert**, von Johann Lachs-Krakau. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 80, Heft 3.

I. **Mykosis fungoides oder Pseudoleukämia cutanea**, von Francesco Radaeli-Florenz. Es handelt sich um einen Fall aus der Florenzer Klinik, der einen 64jährigen Geschäftsmann betraf, den Verfasser klinisch und pathologisch-anatomisch genau untersuchte. Der Fall bot das klinische Bild einer Mykosis fungoides d'emblée dar. Die Struktur der Hautgeschwulst entsprach den Angaben, welche verschiedene Autoren bezüglich typischer Fälle von Mykosis fungoides liefern. Als Komplikation der Hautaffektion trat eine Pseudoleukämie auf. Die histologische Untersuchung der lymphatischen Organe ergab, dafs es sich nicht um eine Hyperplasie, sondern um eine Neoplasie handelte; das neugebildete Gewebe der Lymphdrüsen, Tonsillen, Milz und des Knochenmarkes erinnerte an die Struktur der Hautgeschwülste. Nach Verfassers Überzeugung bestehen grofse Unterschiede zwischen den publizierten Fällen von Mykosis fungoides. Wahrscheinlich ist darunter eine Gruppe mit Hautveränderungen leukämischer oder pseudoleukämischer Natur, es kommen aber auch Fälle vor, in welchen keine Erscheinung die Existenz eines leukämischen Prozesses vermuten läfst

II. **Über den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum**, von Ernst Hedinger-Bern. Die Frage nach der Stellung der Dermatitis exfoliativa neonatorum ist in der Literatur viel umstritten, während ein Teil der Autoren an der Spezifizität des Krankheitsprozesses festhält, rechnen andere die Dermatitis exfoliativa neonatorum mit der gleichen Bestimmtheit unter den Begriff des Pemphigus neonatorum ein. Diese Verschiedenheit der Anschauungen erklärt sich teils dadurch, dafs bei der relativen Seltenheit der Erkrankung ein Forscher fast nie über eine gröfsere Beobachtungsreihe verfügt, teils aber dadurch, dafs zwischen den beiden Krankheitsbildern sowohl in klinischer, wie auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht sehr weitgehende Übereinstimmung herrschen kann, was auch die Anhänger der Spezifität der beiden Prozesse zugeben. Verfasser beobachtete auf Jadassohns Klinik ein Kind, welches am siebenten Lebenstage erkrankte. Der Fall bot klinisch auf der Höhe seiner Entwicklung das Bild der Ritterschen Dermatitis exfoliativa dar. Nach Rötung der Haut der ganzen Körperoberfläche und nach anfänglicher, wenig ausgesprochener Blasenbildung stellte sich eine über den ganzen Körper sich ausbreitende Schwellung und Exfoliation der Haut

ein. Allgemeinbefinden anfangs wenig gestört, erst am sechsten Krankheitstage Temperaturerhöhung. Atypisch war die Lokalisation des ersten Prozesses und die Blasenbildung, doch waren die Blasen sehr schlapp und nicht besonders scharf begrenzt, in ihnen fanden sich reichlich Staphylococcus pyogenes aureus neben vereinzelten Kulturen von Staphylococcus albus. Trotz der weitgehendsten Übereinstimmung des vorliegenden Krankheitsbildes mit der Dermatitis exfoliativa neonatorum wurde Verfasser in der Diagnose sehr unsicher, als ihm wenige Tage nach der Aufnahme dieses Kindes ein 17 Tage altes Kind aus der Praxis der gleichen Hebamme, die das erste Kind besorgt hatte, gebracht wurde. Dieses zweite Kind zeigte das typische Bild eines Pemphigus neonatorum. Diese Coinzidenz ist auffallend, und liegt die Annahme einer Infektion durch die Hebamme nahe, wie auch schon öfters beobachtet worden ist. Jedenfalls läfst sich das gewöhnlich als Dermatitis exfoliativa neonatorum bezeichnete Krankheitsbild nicht immer vom maligne verlaufenden Pemphigus acutus trennen.

III. **Zum Wesen der Psorospermosis Darier**, von K. Kreibich-Graz. Verfasser beobachtete zwei interessante Fälle von Darierscher Krankheit. Die Psorospermosis begann im ersten Falle mit zosterähnlichen Effloreszenzen, die sofort in typische Psorospermosisknötchen übergingen, sie sind identisch mit den Effloreszenzen des zweiten Falles, der in mehreren Scheiben in der Ausbreitung und Form eines systematisierten Zoster intercostalis auftrat. Die Psorospermosis scheint also eine angioneurotische Affektion zu sein, die mit den angioneurotischen Entzündungen grofse Verwandtschaft zeigt.

IV. **Über Gummata des Gehirns**, von M. Goldzieher-Leipzig. Beschreibung von zwei Fällen von Gummen des Gehirns und einem Fall von Gehirntuberkel. Bei letzterem war am auffallendsten das ungemein massenhafte Vorkommen der Plasmazellen.

V. **Über das Schicksal subcutan injizierter Substanzen, insbesondere des Paraffins**, von K. Sakurane-Osaka. Verfasser hatte Gelegenheit in zwei Fällen an der Breslauer Klinik die Veränderungen nach subkutanen Injektionen von Paraffinum solidum respektive Paraffinum liquidum mit schwerlöslichen Quecksilbersalzen genau zu untersuchen. Bei Fall I ist die Veränderung vor allem eine Infiltration, bestehend aus Granulationszellen neben der Bindegewebswucherung in der Haut, die Beschaffenheit der einzelnen Infiltrate ist verschieden, einmal besteht dasselbe meistens aus Epitheloidzellen neben Riesenzellen, andrerseits treten Rundzellen, und zwar Plasmazellen mehr in den Vordergrund. Ab und zu sieht man stark lichtbrechende Kügelchen, ferner hyaline und käsige Degeneration. Die Kügelchen scheinen Reste des vor zwei Jahren injizierten Paraffinum solidum-Partikelchen zu sein. Bei Fall II besteht die Geschwulst aus einem kernreichen, schwieligen Bindegewebe und zwischen demselben eingesprengten, leichten Zellinfiltraten und mehreren Hohlräumen. Die Zellen der Infiltrate sind kleinere und gröfsere hochgradig vakuolisierte Riesenzellen. Die Injektion von Hydrargyrum mit Paraffinum liquidum ist heute sehr beliebt, doch hat sie den Nachteil der Infiltrate und Knotenbildung. Die Indurationen sind meist im Muskel. Die lichtbrechende Substanz in den Hohlräumen im Fall II ist in Wasser unlöslich, in Alkohol und Äther löslich, mit Sudan III färbbar, aber nicht mit Osmiumsäure, wird durch Salzsäure und Chlor nicht zerstört. Alle diese Tatsachen decken sich mit der Eigenschaft des Paraffinum liquidum. Daher meint Verfasser, die Hohlräume im vorliegenden Falle seien durch Paraffinum liquidum auf mechanischem Wege entstanden. Es wurden ferner Injektionsversuche am Tier angestellt (Kaninchen, Schwein, Meerschwein). Die Untersuchungen am Schwein und Meerschweinchen ergaben, dafs die Hauptveränderung in dem Vorhandensein von organisiertem Granu-

lationsgewebe und in den Darm eingelagerten zahlreichen, gröfseren und kleineren Hohlräumen besteht, deren gröfste sich schon makroskopisch als bis hanfkorngrofse Löcher erkennen lassen. Die Veränderungen im Gewebe waren am stärksten nach Injektion von Paraffinum liquidum resp. Olivenöl mit Quecksilbersalzen, weniger stark nach Injektion von Paraffin oder Olivenöl mit Sudan, am geringsten nach der Injektion von reinem Paraffinum liquidum. Das Sudan III liefs sich bei allen Versuchen stets im Gewebe erkennen, während die unlöslichen Quecksilbersalze ganz verschwunden waren. Die Hohlräume sind durch Auseinanderdrängung des Gewebes mit Paraffin entstanden. Die Untersuchungen bewiesen, dafs das Paraffinum liquidum als solches Jahre lang im Gewebe abgekapselt zurückbleiben kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band I, Heft 10.

1. **Symptomatische Masturbation (larvierte Epilepsie)**, von Ch. Féré-Bicêtre. Bei einem 16jährigen jungen Menschen, der aus gesunder Familie stammend, auch selbst stets gesund gewesen war, trat nach einem Sturz vom Pferde komplette Harnretention und Paraplegie der unteren Extremitäten auf; die Retention hielt 24 Stunden an, die Lähmung ging vom dritten Tage an zurück, schon am zehnten Tage war sie vollständig verschwunden. Die nächste Zeit brachte nur Klagen über leichte Schmerzen in der Lendengegend, aufserdem aber stellte sich eine starke Reizbarkeit ein, und etwa zwei Monate nach dem Sturze trat ohne jede äufsere Veranlassung ein richtiger Wutanfall auf; in der Folge wiederholten sich solche Anfälle alle 12—15 Tage. Ungefähr 4½ Monate nach dem Unfall öffnete der junge Mann eines Abends nach dem Diner, während er mit stierem Blicke neben seinem Vater safs, die Beinkleider, entblöfste den erigierten Penis und begann mit solcher Vehemenz zu onanieren, dafs nach kaum einer Minute eine Ejakulation erfolgte; dann ordnete er seine Kleider wieder, ging eine Viertelstunde spazieren und legte sich hierauf zu Bett. Am folgenden Tage schien er sich der Geschichte nicht mehr zu erinnern. Eine solche „paroxysmale" Masturbation erfolgte nun abwechselnd mit den Wutanfällen alle 12—15 Tage und zwar stets zur nämlichen Stunde, gleichviel wer zugegen war; nachher trat stets Albuminurie von 24stündiger Dauer auf. Als drittes Symptom endlich stellte sich Monate hindurch in einer bestimmten Stunde der Nacht ein stets sich gleichbleibender Traum ein, der ein Aufschreien und dann Aufwachen des Patienten verursachte. Gebrauch von Bromkalium in einer von 3—7 g steigenden Tagesdosis brachte völlige Heilung. — F. glaubt, dafs es sich in diesem Falle um eine durch den Sturz vom Pferde verursachte Epilepsie gehandelt hat, und dafs die masturbatorischen Paroxysmen wie auch die Wutanfälle und die stereotypen Träume epileptische Symptome waren. Für diese Auffassung spricht auch eine andere Beobachtung F.s, die einen 15jährigen Jungen mit schwerer Epilepsie betraf. Der Kranke hatte zwei- bis dreimal im Jahre sechs Wochen hindurch täglich zahlreiche epileptische Anfälle und befand sich während dieser ganzen Zeit in einem ausgesprochenen Dämmerzustande; in den Zwischenräumen zwischen den Anfällen onanierte er immer wieder, unbekümmert darum, wer zugegen war. Auch in diesem Falle war das Masturbieren zweifellos ein epileptisches Symptom.

2. **Eine neue dreiläufige Harnröhrenkanüle**, von Francesco Zacco-Turin. Die gebräuchlichen Kanülen für Harnröhren- und Blasenspülungen erweisen sich in zahlreichen Fällen, namentlich wenn die beiden Abschnitte der Urethra getrennt ausgespült werden müssen, oder wenn in einer Sitzung verschiedene Flüssigkeiten für Harnröhre und Blase in Anwendung kommen sollen, als nicht praktisch. Z. hat daher

eine neue dreiläufige Kanüle konstruiert, die für alle Harnröhren- und Blasenspülungen ohne weiteres brauchbar ist. Sie besteht aus zwei Zuflufsröhren, die sich in einem spitzen Winkel zu einem Tubus vereinigen; an der Vereinigungsstelle ist ein Hahn angebracht, der je nach seiner Stellung das eine oder das andere Zuflufsrohr verschliefst oder aber den Tubus absperrt, so dafs der Flüssigkeitsstrom ganz unterbrochen wird. Von der unteren Fläche des Tubus zieht eine dritte, dem Abfluls dienende Röhre bogenförmig nach abwärts; an ihrem Ende ist ebenfalls ein Verschlufshahn angebracht. Der Tubus kann entweder mit dem äufseren Ende eines in der Harnröhre liegenden Katheters verbunden oder, mit einer abnehmbaren Olive versehen, direkt an die Harnröhrenmündung angepreſst werden; die Zuflufsröhren sind durch Gummischläuche mit den zur Aufnahme der Spülflüssigkeiten bestimmten Gefäfsen verbunden. Das Instrument ist ganz aus Metall und läfst sich leicht auskochen.

3. **Beitrag zum Studium der lympho-toxischen Funiculitis in den heifsen Ländern**, von R. Ménocal-Havana. M. hat in Havana bei Eingeborenen und Eingewanderten mehrfach die „lympho-toxische Funiculitis" beobachtet, die seiner Ansicht nach besser als „toxische Lympho-Phlebitis des Samenstranges" bezeichnet würde. Die Affektion befällt ausschliefslich Individuen, bei denen eine durch Filaria oder sonstwie verursachte Erweiterung der Lymphgefäfse des Samenstranges oder der äufseren Genitalien besteht. Bei Leuten mit solchen Ektasien kommt es häufig zu einer Infektion der Lymphgefäfse und Venen des Samenstranges, und daraus resultiert die „Funiculitis". Die Krankheit, die einseitig und doppelseitig auftreten kann, beginnt stets akut mit Fieber und Allgemeinerscheinungen, lokal finden sich Schwellung, spontane Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit des erkrankten Samenstranges und eine leichte Vergröfserung des Hodens, die Skrotalhaut rötet sich und fühlt sich sehr heifs an; die Schmerzen können eine Nierenkolik vortäuschen. In den meisten Fällen gehen die Erscheinungen, die verschieden intensiv auftreten können, ohne weiteres im Verlaufe einer Woche zurück, und es bleiben aufser der Ektasie der Lymphgefäfse nur einige lokalisierte Thrombosen in den Venen des Samenstranges. In anderen Fällen kommt es zu einer Eiterung im und am Samenstrang, die ihren Sitz meist dicht unter dem Leistenkanal hat. In einer dritten Gruppe von Fällen, bei der hypertoxischen Form, schliefst sich an die beschriebenen allgemeinen und lokalen Erscheinungen eine septische Peritonitis oder eine allgemeine Septikämie an, solche Fälle enden ausnahmslos tödlich. Schliefslich gibt es auch chronische Fälle, die aber stets aus akuten hervorgehen; ihr Hauptsymptom ist die Verdickung des Samenstranges. — Die meist zu beobachtende Vergröfserung des Hodens ist nur der Ausdruck eines leichten Ödems; im übrigen bleiben die Hoden auch in den schwersten Fällen stets intakt. — Die Behandlung besteht in Bettruhe, Umschlägen mit kalter Borsäurelösung, Morphiuminjektionen und Gebrauch leichter Abführmittel; bei Eiterung mufs natürlich inzidiert werden. Bei den chronischen Formen ist die Phlebektomie am Platze. Komplikationen, wie Peritonitis, Septikämie, Lungenembolie, werden nach den allgemein gültigen Regeln behandelt. — Um das Auftreten der Krankheit zu verhindern, empfiehlt es sich, erweiterte Lymphgefäfse des Samenstranges stets frühzeitig zu resezieren.

Heft 11.

1. **Beitrag zum Studium der traumatischen Blasenrupturen**, von L. Morel-Paris. Mitteilung über vier Fälle von Blasenrupturen; drei davon waren intra-, einer extraperitoneal. Bei jedem der drei Kranken mit intraperitonealer Zerreifsung wurden mit dem Katheter aus der Blase immer gleich grofse Flüssigkeitsmengen entleert, gleichviel, wie grofs der Zwischenraum zwischen zwei Katheterisierungen war. Diese Erscheinung, die wegen ihrer Konstanz zur Diagnose der intraperitonealen Rupturen verwertet werden kann, ist leicht zu erklären: in der verletzten Blase kann sich

solange Urin ansammeln, bis das Flüssigkeitsniveau die Rifsstelle erreicht hat; dann erst tritt Harn in die Peritonealhöhle aus. Daher mufs der Katheter, sofern er nicht durch die Ruptur in die freie Bauchhöhle geführt wird, stets die gleiche Urinmenge zu Tage fördern. Auffallend war ferner, wie sich bei den drei intraperitonealen Rupturen die Blase nach einer Katheterisierung sofort wieder füllte, wenn die Patienten einige Minuten in aufrechter Stellung verweilten; der Urin mufs also durch die Rifsstelle, durch die er aus der Blase ausfliefst, ebenso leicht wieder in die Blase hineingelangen können, ein Faktum, das auch durch die Ergebnisse der an Leichen vorgenommenen Versuche bestätigt wurde. — Einer der drei Fälle betraf einen Mann mit allgemeiner progressiver Paralyse; die Sektion ergab bei ihm eine hyaline Degeneration der Blasenmuskulatur. Aus der Beobachtung dieses Falles schliefst M., dafs für die Entstehung der Blasenrupturen bei Paralytikern namentlich zwei Momente in Betracht kommen: auf der einen Seite die Toleranz der Blase, die sich bis aufs äufserste mit Urin füllt, auf der anderen die Degeneration des Blasenmuskels, der infolgedessen der Distension des Organs nur einen geringen Grad von Widerstand entgegensetzen kann.

2. **Die Mifserfolge der Kunstgriffe zur Herbeiführung der Befruchtung**, von Ch. Féré-Bicêtre. F. weist, wie auch schon in einer früheren in den *Ann. génito-urin.* (1906. Band I, S. 121) erschienenen Arbeit, darauf hin, dafs die durch irgendwelche Kunstgriffe herbeigeführten Befruchtungen häufig genug zur Geburt minderwertiger Geschöpfe führen, die weder für die Eltern, noch für die Gesellschaft, noch für den Staat einen Gewinn bedeuten. Als Beweis dafür teilt er die Geschichte einer Ehe mit, die fast 20 Jahre steril gewesen war; als beide Gatten anfangs der 40er Jahre standen, wünschten sie aus äufseren, materiellen Gründen, ein Kind zu bekommen, und sie versuchten es auf Anraten einer Hebamme mit neuen, bisher nicht geübten Stellungen beim Coitus. In der Tat trat alsbald Befruchtung ein, das zur richtigen Zeit geborene Kind aber blieb in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung sehr bedeutend zurück, und als es sieben Jahre alt war, stellten sich auch noch epileptische Anfälle ein. Die Defekte des Kindes sind nach F. nicht auf hereditäre Belastung, sondern, zum gröfsten Teil wenigstens, auf die nicht ganz natürlichen Vorgänge zurückzuführen, durch welche die Befruchtung in die Wege geleitet worden war.

Heft 12.

1. **Sind die intermittierenden Albuminurien des Kindesalters von Nephritiden abhängig?** von H. Daucher. Die Antwort auf die Frage, die er sich gestellt, gibt D. durch folgende Einteilung der intermittierenden Albuminurien:

I. Orthostatische Albuminurien.
   1. Primäre, reine, funktionelle, orthostatische Albuminurie ohne Nierenveränderungen, hervorgerufen durch mechanische Zirkulationsstörungen mit vaskulärer und visceraler Hypotension (selten!).
   2. Sekundäre, infektiöse, orthostatische Albuminurie mit leichten, partiellen oder oberflächlichen, von akuten Infektionskrankheiten herrührenden Nierenveränderungen.

II. Zyklische Albuminurien.
   1. Zyklische Albuminurie, abhängig von einer subakuten Nephritis.
   2. Funktionelle (hepatogene) zyklische Albuminurie ohne Nephritis.

III. Nephritiden mit zyklischer Albuminurie bei Diathesen (zyklische Gicht- und zyklische prätuberkulöse Albuminurie).

Eine kritische Würdigung aller bisher bekannt gewordenen Betrachtungen und Tatsachen führt nach D. zu dem Schlusse, dafs die meisten sogenannten orthostatischen und zyklischen Albuminurien auf partielle Nephritiden zurückzuführen sind.

2. **Beobachtung eines Falles von orthostatischer Albuminurie**, von Paul Charpentier-Meaux. Kurze Mitteilung über einen Fall von orthostatischer Albuminurie, die bei einem Knaben von neun Jahren begann und etwa vier Jahre andauerte. In der Folge, auch während einer vierjährigen Militärdienstzeit, wurde niemals mehr Eiweifs im Harn gefunden; dagegen traten häufig Kopfschmerzen auf. Ch. hält es für wohl möglich, dafs diese von den Nieren abhängig waren.

Heft 13.

1. **Über die angeblichen Rezidive nach Prostatektomien, die wegen einfacher Prostatahypertrophie ausgeführt wurden**, von André-Nancy. Nach A.s Ansicht sind die angeblichen Rezidive einfacher Prostatahypertrophie nach totalen Prostatektomien stets Rezidive von Prostatacarcinomen, die vor und bei der Operation nicht als solche erkannt, sondern als einfache Hypertrophien angesehen worden sind. A. teilt einen solchen Fall mit.

2. **Unfallverletzungen der Hoden**, von V. Balthazard. Ein französisches Gericht wies im Jahre 1905 einen 16jährigen Jungen, der infolge eines Unfalles beide Hoden verloren hatte, mit seinem Anspruch auf Gewährung einer Rente ab, da seine Arbeitsfähigkeit durch den Verlust der Hoden nicht beeinträchtigt sei. Einige Jahre vorher hatte ein anderes französisches Gericht einem Arbeiter, dem wegen einer Unfallverletzung ein Hoden entfernt worden war, wegen voraussichtlicher Verminderung seiner Kraft um 8% eine Rente von 4% seines bisherigen Verdienstes zugesprochen. Beide Urteile sind, wie B. nachweist, ungerecht. Denn der Verlust beider Hoden bedingt auch den Wegfall der inneren Sekretion der Hoden, die für den Stoffwechsel, die Entwicklung des Individuums und die Funktion des ganzen Organismus von gröfster Bedeutung ist. Das Aufhören dieser inneren Sekretion führt namentlich bei jungen, noch nicht ganz ausgewachsenen und noch nicht voll entwickelten Individuen zu einer schweren, dauernden Schädigung, die sich auch in einer entsprechenden Verminderung der Arbeitsfähigkeit kundgibt. Die Verminderung beträgt nach B., wenn es sich um einen 30—40jährigen Mann handelt, etwa 25%, bei einem Menschen unter 20 Jahren 50%, bei einem Manne über 50 Jahren 10—0%. Geht infolge eines Unfalles nur ein Hoden zugrunde, so wird der andere Hoden in seiner Funktion nicht beeinträchtigt; oft bildet sich bei ihm sogar eine kompensatorische Hypertrophie mit gesteigerter Funktion aus. Verlust *eines* Hodens verursacht also keine Schädigung und keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit und gibt daher kein Anrecht auf eine Unfallrente. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 6.

Eine neue Methode der Behandlung der Akne, von Moochcowitz. Bei acht Fällen von Akne am Gesicht hat Verfasser gute Resultate erzielt, indem er täglich ein- oder zweimal eine Stunde lang mit einem Saugapparat eine hyperämisierende Wirkung hervorrief, wie bei trockenen Schröpfköpfen. Die Einwirkung soll aber nicht eine gar zu intensive sein, und man lüftet immer nach einer oder zwei Minuten den Apparat, um einen sonst leicht entstehenden schädlichen Einfluſs zu vermeiden. (Nach *Med. Rec.* und *Rev. de Therap. med. ch.*)

Behandlung der Alopecia areata durch passive Hyperämie der Kopfschwarte unter Kompression mit einem Gummibande, von Nicolas und Favre. Bei einem neunjährigen Mädchen, das seit fünf Jahren an Alopecia areata litt und mit anderen Mitteln vergeblich behandelt worden war, trat eine auffällige Wendung ein, nachdem systematisch eine Abschnürung des Kopfes mittels einer Gummibinde

drei Wochen lang durchgeführt worden war. Die Wirkung war so eklatant, daſs die Verfasser es für angezeigt hielten, schon über diesen einzelnen Fall der medizinischen Gesellschaft in Lyon Bericht zu erstatten. Angenehm ist die Prozedur allerdings durchaus nicht.

Die Syphilis auf dem Lande. (Leitartikel.) Die dem Verfasser zu Gebote stehenden Beobachtungen beziehen sich auf eine Einwohnerzahl von 1800 Seelen und einem Zeitraum von sieben Jahren. Als bemerkenswerte Momente seien folgende Einzelheiten erwähnt: Die Syphilis ist auf dem Lande nicht so verbreitet, wie manche französischen Autoren annehmen, und beläuft sich auf etwa 1%. Dabei ist sie meist auf einzelne Familien resp. einzelne Häuser im Dorfe gewöhnlich beschränkt; man könnte, ebenso wie man von tuberkulösen Häusern spricht, auch von syphilitischen Häusern sprechen. Auffallend sind die Extreme im Verlaufe des Leidens, indem bei den ländlichen Einwohnern dasselbe bald mit unheimlicher Virulenz, bald als eine ganz gutartige Affektion auftritt. Gegen früher zeigt die Krankheit nach diesen Beobachtungen eine ganz entschiedene Abnahme. (*La tribune medicale.*)

Warum ergibt sich das Weib der Prostitution? Bringt nichts Neues. (*L'avenir med. et therap.*)

Über die Rolle des Soldaten bei der Verbreitung venerischer Krankheiten. (Leitartikel.) Allgemeine öfters geäuſserte Betrachtungen.

Nr. 7.

Topographie der Spirochaeta pallida in den Geweben, von A. Buschke und W. Fischer-Berlin. Es liegt hier die Übersetzung des im Anfang dieses Jahres in der *Berl. klin. Wochenschr.* erschienenen Aufsatzes der Verfasser vor.

Behandlung des Herpes zoster mittels trockener Schröpfköpfe, von M. Leale. Man appliziert an den Dornfortsätzen der Wirbelsäule an den den Austrittsstellen der befallenen Nervengebiete entsprechenden Stellen mehrere kräftig wirkende Schröpfköpfe und wiederholt das Verfahren alle 24 Stunden bis zur Besserung. Auch kann das eigentliche Ausdehnungsgebiet des Nerven in gleicher Weise behandelt werden. (Nach dem *New York Med. Journ.* 19. Aug. 1905.)

Behandlung des Ekzems mittels einer Salbe, welche wirksame Bestandteile in Verbindung mit Campher enthält und in Aceton gelöst ist, von Griffon-Paris. Das Medikament enthält: Teer (18), Ol. cadin. (15), Resorcin (2), Menthol (5), Guajacol (5), Campher (40), Schwefel (15), Borax (36), Glycerin (54), Aceton (80), Ricinusöl (40) und Lanolin (100). Über das genauere Verfahren bei der Herstellung des Rezeptes sind im Original weitere Angaben gemacht. Hallopeau und Balzer haben damit auch günstige Resultate erzielt. (Nach dem Bericht der *Soc. de Derm. et de Syph.* 11. Januar 1906.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1906. Heft 2.

1. **Beitrag zum Studium der Struktur und des Entwicklungszyklus der Spirochaeta pallida Schaudinn,** von Fr. Krzysztalowicz und M. Siedlecki. Das Wesentliche vom Inhalt des Aufsatzes ist auch in einer vor kurzem in den *Monatsheften f. prakt. Derm.* (Bd. 43, Heft 1, S. 1) erschienenen Arbeit der Verfasser „Über das Verhältnis des Entwicklungszyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen Krankheitsstadien" enthalten.

2. **Die Heilanstalt für Lupuskranke in Wien,** von René Martial. Einige Mitteilungen über die Heilanstalt für Lupuskranke in Wien, die den Bemühungen

Langs ihre Entstehung verdankt und von ihm auch geleitet wird. Paris entbehrt noch einer derartigen dringend nötigen Anstalt.

Heft 3.

1. **Veränderungen der Brustdrüse beim Manne im Verlaufe blennorrhoischer Affektionen,** von Mario Truffi - Pavia. Bei einem 19jährigen Manne mit akuter Blennorrhoe des vorderen und hinteren Harnröhrenabschnittes beobachtete Tr. an der rechten Brustdrüse eine nicht entzündliche Schwellung, die durch einen unter dem Warzenhof gelegenen, bohnengrofsen, unregelmäfsig geformten Knoten bedingt war. Der Knoten war mit dem darunterliegenden Gewebe nicht verwachsen, stand aber mit der Brustwarze in Verbindung und verursachte spontan und auf Druck stechende Schmerzen. Die Montgomeryschen Drüsen erschienen viel gröfser als links, aus jeder von ihnen liefs sich ein Tropfen milchartiger Flüssigkeit auspressen. Mit dem Besserwerden der Blennorrhoe ging die Brustdrüse allmählich zur Norm zurück; als aber bald darauf der Ausflufs wieder stärker wurde, zeigten sich an der linken Brust die gleichen Erscheinungen, wenn auch nicht in so starkem Grade wie auf der rechten Seite. Vier Wochen später entstand in der rechten Brust nochmals eine Anschwellung, die aber mit der Heilung der Blennorrhoe spurlos verschwand. Einen ganz ähnlichen Fall hat Tr. schon früher, einen dritten, bei dem nur die Hypertrophie und Sekretion der Montgomeryschen Drüsen fehlte, nach dem hier beschriebenen beobachtet. In allen drei Fällen schien die Schwellung genau die gleiche wie sie bei Knaben im Alter der Pubertätsentwicklung und bei Onanisten vorkommt. — Es handelte sich bei den drei Kranken nicht um eine Entzündung, sondern allem Anschein nach um den Beginn einer funktionellen Tätigkeit der Drüse, verursacht wahrscheinlich durch einen Reiz, der von der Erkrankung des hinteren Harnröhrenabschnittes ausging. Tr. nennt die Erscheinung ein „sympathisches Phänomen" und ersucht, in geeigneten Fällen danach zu fahnden.

2. **Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson),** von S. Ehrmann. Aus dem Deutschen übersetzt von René Martial. Ein Referat über den Aufsatz, der im *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905, Bd. 77, Heft 2, erschienen ist, findet sich Bd. 42, Heft 2, S. 89, der Monatshefte.

3. **Indikationen und Gegenindikationen der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen.** Kritischer Bericht über die Spezialsitzung der Société française de Dermatologie vom 15. März 1906, erstattet von René Martial. Die ausgedehnte Diskussion, auf deren Einzelheiten einzugehen, hier nicht der Platz ist, ergab in wesentlichen Punkten eine weitgehende Übereinstimmung, die es Martial ermöglicht, folgende Schlufssätze aufzustellen:

1. Die Radiotherapie ist die beste Methode für Fälle, in denen die Operation verweigert wird oder in denen die kosmetischen Resultate von Wichtigkeit sind; doch darf auch in diesen Fällen die Radiotherapie nur angewandt werden, wenn man vor einer tiefgreifenden Infektion sicher ist.

2. Alle Hautepitheliome, auch die „spino-celluläre" Form Dariers, die dieser von der Behandlung mit Röntgenstrahlen ausschliefsen zu müssen glaubte, sind durch die Radiotherapie heilbar, ausgenommen sind nur die sehr ausgedehnten und die sehr rapid sich entwickelnden Epitheliome.

3. Die Frage bezüglich der radiotherapeutischen Behandlung des Melanoms ist noch nicht spruchreif.

4. Die Radiotherapie ist kontraindiziert beim Carcinom der Zunge und beim Carcinom der Lippen.

5. Erforderlich sind grofse Strahlendosen und eine lange fortgesetzte Behandlung, selbst noch nach scheinbar eingetretener Heilung.

In den kurzen einleitenden Bemerkungen, die Lereddе dem Berichte über die Diskussion vorausschickt, verteidigt er anderen Autoren, besonders Béclère und Darier gegenüber, seine schon mehrfach geäufserte Anschauung, dafs Melanome nicht mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen. Wohl sind schon Melanome durch Bestrahlung zur Heilung gebracht worden, aber viel häufiger sind die Mifserfolge, und niemand vermag einem Melanom im vornherein anzusehen, ob es der Radiotherapie weichen wird. Ebensowenig kann man bei einem Zungen-, Lippen-, Brust- oder Uteruscarcinom mit Sicherheit Heilung durch Radiotherapie versprechen, und man wird daher vernünftigerweise bei keinem solchen Falle, vorausgesetzt, dafs er noch operabel ist, Bestrahlungen anwenden, vielmehr stets und zwar möglichst rasch operieren.

Heft 4.

1. **Behandlung des Lupus vulgaris mit Alttuberkulin Koch**, von Lereddе.

2. **Das Tuberkulin als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel**, von R. Cranston Low. Aus dem Englischen (*Scottish medical and surgical Journal*, Mai 1905) übersetzt von René Martial. Neisser wendet in seiner dermatologischen Klinik das Tuberkulin konsequent zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken an, und darüber, was er in Breslau von dem Tuberkulin gesehen, berichtet Low in seiner Arbeit, die naturgemäfs nichts Neues bringt.

Lereddе gibt in den Bemerkungen, mit denen er die Arbeit Lows einleitet, seiner Meinung dahin Ausdruck, dafs das Tuberkulin wohl zur Diagnose des Lupus, d. h. zur Sichtbarmachung der einzelnen lupösen Herde und ihrer Grenzen mit Vorteil angewendet werden kann, dafs es aber zur Behandlung unter keinen Umständen gebraucht werden soll.

Heft 5.

1. **Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermato-Pathologie**, von A. Blaschko-Berlin. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über die Behandlung der vereiterten Bubonen**, von G. Brosse van Groenou-Amsterdam. Der Verfasser empfiehlt zur Behandlung vereiterter Bubonen bei Ulcus molle die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd. Er hat in drei Fällen nach Inzision des Abscesses die Höhle mittels eines mit Wasserstoffsuperoxyd (in welcher Konzentration? Ref.) getränkten, an einem Träger befestigten Wattetampons gereinigt, darauf Wasserstoffsuperoxydlösung in die Höhle eingegossen und, nachdem die Sauerstoffbildung beendigt und die Flüssigkeit entfernt war, mit einem mit Wasserstoffsuperoxyd getränkten Gazestreifen tamponiert. In allen drei Fällen war die Eiterung schon am nächsten Tage beendigt; die Wunden wurden zunächst täglich in der gleichen Weise behandelt wie am ersten Tage, vom fünften Tage an wurde nicht mehr tamponiert und am achten bis zehnten Tage war alles verheilt. Das Verfahren scheint also viel rascher zum Ziele zu führen als die bisherigen Methoden.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Über den sogenannten Weichselzopf, von Wladyslaw Neumann-Neuenburg, Westpr. (Benno Konegen, Leipzig 1904.) In einer ausführlichen historischen Einleitung sucht Verfasser den Beweis zu erbringen, dafs die Plicakrankheit, der sog. Weichselzopf, schon seit undenklicher und ältester vorchristlicher Zeit sowohl in

Deutschland wie Lithauen und Polen vorhanden war, und daſs sie weder von Polen nach Deutschland noch umgekehrt verschleppt worden ist. Bezüglich der Ursachen, des Wesens, der Natur der Krankheit herrschen unter den Plicaschriftstellern, wie die umfangreichen literarischen Forschungen Neumanns lehren, die mannigfaltigsten und widersprechendsten Ansichten, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Mit der Mehrzahl der Autoren ist N. der Ansicht, daſs es sich um eine Krankheit selbständiger Art hierbei handelt, in deren Vordergrund Symptome seitens des Magens, ähnlich wie bei der Migräne (psychische Verstimmung, Nervosität, Appetitlosigkeit und manchmal Perversität der Eſslust, Übelkeit, Aufstoſsen, selten Erbrechen, Druckgefühl oder Brennen in der Magengegend) stehen, oft Herzklopfen, ziehende, reiſsende Schmerzen im Hinterhaupt. Bei weiblichen Patienten sehr oft Unregelmäſsigkeit oder gänzliches Ausbleiben der Menstruation. N. hat im ganzen 205 mit dem Weichselzopf behaftete Personen behandelt und dabei in 42 Fällen Krankheitsbilder festgestellt, die im wesentlichen stets miteinander übereinstimmten und den oben beschriebenen Typus zeigten, während bei den anderen 163 Fällen verschiedenartige chronische, ungeheilte oder unheilbare Erkrankungen, wie Lungen- und Knochentuberkulose, chronischer Gelenkrheumatismus, Nephritis u. a. m. vorhanden waren. Fast ausnahmslos konstatierte er bei regnerischem, trübem, naſskaltem Wetter und bei plötzlichem Witterungsumschlag rasche Verschlimmerung der Krankheitssymptome, insbesondere der Schmerzen, zuweilen auch Verschlimmerung infolge Abschneidens der Plica. Bei langer Krankheitsdauer magern die Patienten meist ab, werden blutarm und allgemein schwach; auch Zeichen einer allgemeinen Neurose, wie Unlust zur Arbeit, Unruhe, leichte Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, Depression, melancholische Gemütsstimmung, Perversität des Appetits u. a. m. hat N. in manchen Fällen beobachtet. Eine sichere Erklärung für die hauptsächlich im Gebiete des Nervus vagus und sympathicus auftretenden Symptome vermag er aber nicht zu geben; vielleicht handelt es sich um eine Intoxikation, wobei das Gift entweder im Körper selbst gebildet oder von auſsen eingeführt wird, auf das Gehirn einwirkt und dann vermittels des Vagus und der Sympathicusbahnen die mannigfachsten Reizerscheinungen im ganzen Körper hervorgerufen werden. Die sekundäre Folge der Neuralgien und der groſsen Empfindlichkeit der Kopfhaut ist das Unterlassen des Kämmens; von solchen Patienten wurde stets hervorgehoben, daſs sie nach der Zopfbildung eine Linderung der Schmerzen, eine Besserung des Leidens erfahren hätten. Andererseits hält es Verfasser nicht nur nicht für ausgeschlossen (im Gegensatz zu den Plicagegnern, die den Weichselzopf für ein Produkt des Aberglaubens und der Unreinlichkeit erklären), sondern als Tatsache, daſs die Haare im ganzen Bereiche der betroffenen Nerven von selbst verwirrt werden können, namentlich dann, wenn gleichzeitig Verkräuselungen, Zöpfchenbildungen und starker Haarwuchs auftreten, und daſs sich eben die Zopfbildung bei Sympathicusneurosen spontan entwickeln kann. Nachdem der spontan entstandene oder durch Vernachlässigung des Kämmens oder mit Hilfe von klebenden Mitteln künstlich erzeugte Zopf ein Schutzmittel gegen Kältewirkung bildet, so hält N. dessen Entfernung sogar für kontraindiziert in allen Fällen, die mit sehr groſser Empfindlichkeit der Kopfhaut einhergehen und wobei schon das Berühren der Haare heftige Schmerzen macht; der Weichselzopf sollte erst nach Heilung und gänzlichem Verschwinden dieser Neuralgien entfernt werden. Die Therapie, welche N. empfiehlt, muſs sich in erster Linie, seiner Theorie entsprechend, gegen die Neurose mit Ruhe, kräftiger Diät, Vermeidung alkoholischer Getränke, stark gewürzter Speisen usf. lenken; Sorge gegen Erkältung durch entsprechende Kleidung, Einfetten und Einpudern der leicht schmerzenden Partien zu allen Tageszeiten, Schwitzkuren werden weiterhin empfohlen. Nach Entfernung des Zopfes muſs man mit verschiedenen Mitteln dafür

Sorge tragen, den Patienten vor Erkältung zu hüten; „das häfsliche Übel, den Zopf, mufs man aber", so lautet einer der Schlufssätze des Buches, „bestehen lassen, wenn bei Vorhandensein von spontanen Zöpfchenbildungen das Haarkämmen wegen grofser Schmerzhaftigkeit der Kopfhaut unterbleiben mufs." Symptomatische Behandlung der Gastralgien, der sehr häufigen Obstipation u. a. m. *Stern-München.*

Weiteres über die Weichselzopfkrankheit, von Wladyslaw Neumann-Neuenburg, Westpr. (Benno Konegen, Leipzig 1905.) Diese Arbeit hat den Zweck, denjenigen, welche des Verfassers erstem Buche über den Weichselzopf (vorstehend referiert) entgegentraten, zu erwidern. Verfasser versucht die verschiedenen Einwände gegen seine Theorie zu widerlegen und bleibt darauf bestehen, dafs es sich bei der Plicakrankheit und den oft dabei vorkommenden schweren Funktionsstörungen um Reizerscheinungen handelt, die sich sämtlich im Gebiete des Nervus vagus und sympathicus abspielen. Die Plica kommt aber auch, ähnlich wie z. B. die Vitiligo, als Symptom bei verschiedenen Krankheitsformen, wie nach neuralgischen Schmerzattacken, bei Epilepsie, Syphilis vor, und endlich kann es auch eine Plicakrankheit ohne Haarverwirrung, analog den Masern ohne Ausschlag, geben. In dem Hinweise auf den engen Zusammenhang zwischen Plica und Gicht resp. Rheumatismus, den N. auch bei seinen Gegnern findet, sieht er nur eine Bestätigung seiner Theorie. Im übrigen enthält die Arbeit selbstverständlich vieles in der ersten Abhandlung schon angeführte. *Stern-München.*

Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten, von E. Jacobi-Freiburg. (Urban & Schwarzenberg, Wien 1906.) Zu dem ganz vortrefflichen und von uns bereits seiner Zeit kritisierten Atlas der Hautkrankheiten hat Jacobi in dankenswerter Weise eine Ergänzung, 40 Tafeln mit 76 farbigen Abbildungen, folgen lassen. Auch der Nachtrag ist in derselben technischen Vollendung ausgeführt und gibt eine Reihe prächtiger Bilder. Vor allem sind auch verschiedene Typen der Syphilis beigegeben und vervollständigen so dem Lernenden die Anschauung dieser so wechselvollen Krankheit. Von allen modernen Atlanten unseres Faches gefällt mir der Jacobische bei weitem am besten, er zeigt alles Wissenswerte in knapper Form und hat den Vorzug, nicht zu teuer zu sein. Man könnte dem Verfasser nur dankbar sein, wenn er noch weitere Nachträge folgen lassen würde. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ikonographia dermatologica. Band I, Tafel 1—8, von Albert Neisser und Eduard Jacobi. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1906.) Verfasser haben begonnen, mit vorliegendem Hefte in Gemeinschaft mit Fachkollegen aller Länder ein periodisch erscheinendes Bilderwerk herauszugeben, in dem alle neuen, sowie seltenen und ungenügend gekannten Fälle gesammelt werden sollen. Ein gewisser Raum des Heftes ist für die Besprechung der Krankheitsbilder reserviert, eventuell auch für Diskussionsbemerkungen über frühere Bilder. Das neue Werk soll periodisch in Lieferungen von je acht Tafeln nebst zugehörigem Text erscheinen, mindestens zweimal jährlich. Das Verfahren der Herstellung der Bilder nach Moulagen ist dasselbe wie bei dem trefflichen Jacobischen Atlas, und zeigen die ersten acht Bilder die Vorzüglichkeit und Anschaulichkeit der Ausführung. Das erste Heft enthält folgende Fälle:

1. De Amicis: Ein neuer Fall von Galea norvegica.
2. J. Baum-Berlin: Ein Fall von Acne urticata.
3. J. Baum-Berlin: Ein Fall von Urticaria perstans.
4. H. G. Brooke-Manchester: Blastomykosis cutis chronica.
5. H. Hallopeau: Naevus lymphangiomatosus vegetans.

6. Jadassohn und Lewandowski: Pachyonychia congenita.
7. A. Pospelow-Moskau: Ein Fall von Erythromelalgie.
8. A. Neisser und C. Siebert: Lichenoide Eruption mit Depigmentation.

Alle Bilder sind in gleicher Weise ausgezeichnet und geben ein anschauliches Bild der betreffenden Krankheit. Man kann mit Spannung weiteren Heften entgegensehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis, von M. v. Zeissl-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) Z. behandelt Syphilis seit Jahren auf folgende Weise: Er beginnt die Hg-Therapie erst dann, wenn das erste an einem Kranken erschienene Exanthem abzublassen beginnt; dann appliziert er wenigstens 40 Einreibungen à 3—5 gr. grauer Salbe, oder er macht 40 Injektionen à 0,01 Sublimat oder 10—20 Injektionen eines hochprozentigen, löslichen Quecksilberpräparates; während der Hg-Kur und die ersten beiden Monate nach deren Abschluſs verabreicht er auch Jod. Sobald ein Rezidiv auftritt, wird mit der Quecksilberjodbehandlung von neuem begonnen. Wenn ein Patient wenigstens ein Jahr hindurch frei von allen Syphiliserscheinungen war, wird ihm auf Verlangen die Heirat gestattet; doch muſs er vorher noch eine ausgiebige Quecksilberjodkur durchmachen. „Bei diesem Vorgehen sah Z. bisher noch niemals einen seiner Kranken hereditärluetische Kinder zeugen oder gebären.“ Daſs energische Hg-Behandlung der ersten Symptome das Auftreten gummöser oder anderer Spätformen verhindern könne, ist nach den Erfahrungen Zs. nicht richtig. Die Einleitung einer Quecksilberbehandlung vor dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen erklärt Z. für direkt schädlich; „denn die Präventivallgemeinbehandlung verzögert die definitive Heilung von Syphilis und gibt zu einer gröſseren Anzahl von Rezidiven Veranlassung, sie begünstigt auſserdem gummöse Erscheinungen der Haut und Erkrankungen des Zentralnervensystems.“ Die Behauptung, daſs Quecksilberpräparate, die langsam aus dem Organismus ausgeschieden werden, bessere Resultate ergeben als solche, die den Körper rasch verlassen, ist nicht richtig; eine rasche Ausscheidung des inkorporierten Quecksilbers hält Z. mit Naunyn schon deswegen für notwendig, damit der Körper bei einem etwaigen Rezidiv wieder empfänglich für Hg ist. Beim Versagen einer Art der Quecksilberapplikation und bei Idiosynkrasie gegen ein bestimmtes Präparat muſs mit der Methode der Quecksilberbehandlung, bezw. mit dem Mittel gewechselt werden. *Göts-München.*

Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis, von Leopold Glück-Sarajevo. (*Wiener med. Presse.* 1905. Nr. 51—53.) G. kommt am Schluſs seiner Arbeit „bei objektiver Beurteilung aller in Betracht kommenden Momente bezüglich des Wertes der merkuriellen Frühbehandlung“ zu folgenden Schlüssen:

1. Sie beschleunigt die Überhäutung und den Schwund der Initialsklerose und fördert die Verkleinerung der geschwellten Lymphdrüsen. Hiernach entspricht sie nicht nur den allgemein geltenden Grundsätzen über die Notwendigkeit des tunlichst

frühzeitigen therapeutischen Eingriffs in jedem Erkrankungsfalle, sondern auch den hygienisch prophylaktischen Anforderungen betreffs der möglichst raschen und gründlichen Beseitigung vorhandener Infektionsherde.

2. Die von den Anhängern behauptete präventive bezw. abortive Wirkung der merkuriellen Frühbehandlung ist nicht erwiesen, es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dafs sie, rechtzeitig eingeleitet, das Auftreten der syphilitischen Allgemeinerscheinungen bis auf die Dauer von zehn Monaten aufzuschieben vermag. In letzten Fällen können schon die ersten Allgemeinerscheinungen die bekannten Charaktere der Syphilisrezidive an sich tragen, was auf eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes hinweist.

3. Die der Hg-Frühbehandlung von den Gegnern zugeschriebenen klinischen und therapeutischen Nachteile, insbesondere die Vermehrung und Erschwerung von Rezidiven, die Abschwächung der Hg-Wirkung bei später notwendig werdenden Kuren, sowie endlich das frühzeitige und schwerere Auftreten der schädlichen Nebenwirkungen des Merkurgebrauchs werden durch die Praxis nicht bestätigt. Die Beobachtung lehrt vielmehr, dafs die in Rede stehende Behandlungsmethode in der Regel die Zahl und Intensität der Syphilisrezidive wesentlich vermindert, dafs ferner die Hg-Wirkung sowohl gelegentlich der ersten als auch der etwa nachfolgenden Verwendungen eine gleich prompte, energische und andauernde ist, wie bei Kranken, die erst nach dem Auftreten der Sekundärerscheinungen einer allgemeinen Hg-Behandlung unterzogen wurden und dafs endlich die merkurielle Stomatitis, Diarrhöen, Anämie usw. bei Früh- und Spätbehandelten gleich häufig bezw. gleich selten vorzukommen pflegen. Daher hält G. die merkurielle Frühbehandlung für gradezu empfehlenswert.

Putzler-Danzig.

Ergänzende Bemerkungen bezüglich der Abortivbehandlung der Syphilis, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr. de Bruxelles*, 1904.) Verfasser hat bereits früher eine Arbeit publiziert, in der er für die von Jullien vorgeschlagene intensive und präventive Quecksilberbehandlung der Lues warm plädiert hat. Er behauptete, dafs eine genügend intensive, sofort nach Konstatierung des Primäraffektes eingeleitete und etwa vier Jahre lang in kurzen Intervallen wiederholte Quecksilberkur den Namen einer „Abortivkur" insofern verdient, als sie imstande sei, das Auftreten aller weiteren Erscheinungen der Syphilis zu verhindern. Das Schema dieser Abortivbehandlung wäre etwa folgendes:

I. Jahr.	I.	Kur.	Dauer:	3	Monate.	I.	Pause.	Dauer:	1½ Monate.
	II.	„	„	2½	„	II.	„	„	1½ „
	III.	„	„	2	„	III.	„	„	1½—2 „
II. Jahr.	I.	„	„	2	„	I.	„	„	2 „
	II.	„	„	1½	„	II.	„	„	1½ „
	III.	„	„	1½	„	III.	„	„	2 „
	IV.	„	„	1½	„				
III. Jahr.	I.	Pause.	„	2½	„	I.	Kur.	„	1½ „
	II.	„	„	2½	„	II.	„	„	1½ „
	III.	„	„	2½	„	III.	„	„	1½ „
IV. Jahr.	I.	„	„	2½	„	I.	„	„	1½ „
	II.	„	„	2½	„	II.	„	„	1½ „
	III.	„	„	2½	„	III.	„	„	1½ „

Die Durchführbarkeit dieses Schemas hängt nach Verfasser immer vom Allgemeinzustande des Patienten ab; man mufs aber bei jeder Kur trachten, dem Kranken soviel wie möglich Quecksilber einzuverleiben. — Für das energischste Mittel hält Verfasser die intramuskulären Injektionen von Kalomel, deren er zehn bis zwölf

à 0,10—0,12 alle acht Tage macht. Aufser Kalomel kann man nach Verfasser mit gutem Erfolge noch das Oleum cinereum und das Hg salicylicum verwenden; vom ersten macht er ca. 15 Injektionen à 0,15 jeden vierten bis fünften Tag, vom zweiten — 15—25 Injektionen à 0,10 jeden zweiten bis dritten Tag. Gelingt es mit diesen drei Mitteln, dem Schema getreu zu werden, so ist damit nach Verfasser die „Abortivbehandlung" durchgeführt und in 95% der Fälle kommen aufser dem Primäraffekt keine weiteren luetischen Erscheinungen zu Tage! . . .

Da diese Arbeit von mehreren Seiten angegriffen wurde, versucht Verfasser in der jetzigen Publikation die verschiedenen Einwürfe zu widerlegen und seinen Standpunkt näher zu präzisieren.

Die gröfste Aussicht auf Erfolg habe die „Abortivbehandlung" dann, wenn sie vor Ablauf von zehn Tagen nach dem Erscheinen des Primäraffektes eingeleitet wird. Die intensiven Quecksilberkuren müssen immer unter strenger Kontrolle des Arztes vorgenommen werden, wobei die gröfste Aufmerksamkeit dem Zustande der Nieren geschenkt werden mufs.

Die „Abortivbehandlung" wird vom Verfasser seit zehn Jahren in seiner Privatpraxis und der Poliklinik in Brüssel ausgeführt. Nähere Details über die behandelten Fälle werden nicht angegeben.

Verfasser gibt zu, dafs das endgültige Urteil über sein Verfahren erst nach Jahren gefällt werden kann, so viel scheine es ihm aber zweifellos zu sein, dafs seine Methode mehr leiste, als alle übrigen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Abortivbehandlung der Syphilis durch sehr intensive Therapie, von Dunot-Brüssel. (Nach dem Autoreferat. Vortrag gehalten zum med. Kongrefs in Lissabon 1906.) Auf dem 15. medizinischen Kongrefs zu Lissabon sprach in der Sektion Syphilographie Dunot über seine Erfolge bei 134 frischen Syphilisfällen, welche er im Verlauf von zwölf Jahren mit der Abortivbehandlung erzielte. Er behandelte also, bevor sich Sekundärerscheinungen zeigten. Die Präventivbehandlung besteht in einer sehr energischen, ganz frühen Anwendung von Kalomel oder grauem Öl, welche die Generalisation der Spirochäten nach Ds. Ansicht verhindert, so dafs es in 95% seiner Fälle zu absolut keinen Sekundärerscheinungen kam. Die Bedingungen zu einer solchen Abortivbehandlung sind folgende:

1. Beginn der Behandlung vor dem zwölften Tage nach Auftreten des Schankers.

2. Anwendung unlöslicher Salze (Kalomel, graues Öl) als Injektionen in starker Dosis.

3. Bei der ersten Kur Anwendung der gröfstmöglichsten Mengen mindestens vier Monate lang.

4. In der Folge chronisch intermittierende Behandlung mit allmählich schwächer werdenden Kuren. Natürlich mufs die Diagnose absolut klar sein. Er benutzt ohne Gefahr Dosen von 0,14 g Hydrarg, also eine ganze Barthélemysche Spritze von grauem Öl à 40% für einen Erwachsenen. Für die Anfangskur mufs man 15—20 Injektionen nehmen. Die ersten drei Spritzen macht man alle fünf Tage, die drei folgenden alle sechs, und für den Rest genügt es jede Woche. Während der ersten zwei Jahre macht Verfasser Kuren von zehn bis zwölf Spritzen mit Ruhepausen von zwei Monaten. Im dritten und vierten Jahr genügen Kuren von acht bis zehn Spritzen mit Pausen von drei Monaten. Meist wird eine dreijährige Behandlung genügen. Die Gefahr einer schweren Intoxikation besteht nicht, wie D. aus seinen 10000 Injektionen nachwies. Die Resultate waren glänzend, wie die Lumbalpunktion zeigte. Verfasser hofft, dafs er mit seiner Methode auch dem Auftreten von tertiären Erscheinungen von vornherein die Möglichkeit entzieht. Die lokalen Erscheinungen waren meist sehr unbedeutend, er hatte bei 10000 Injektionen nur vier aseptische Abscesse nach

Kalomel und drei nach grauem Öl. Natürlich muſs der Urin inbezug auf Eiweiſs stets kontrolliert werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Syphilis bei den Tunesiern, von B. J. M. Peyronie. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 82.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Anwendung von Einreibungen mit Kaliseife und nachfolgenden Bädern nach der Kapesserschen Methode bei Lues, von Gielen-Halensee. (*Balneolog. Centralztg.* 1906. Nr. 2.) Für diejenigen Syphilitischen, welche spezifische Kuren bereits gebraucht haben und sich im Stadium der Latenz befinden, also meist nur noch leichte Schwellungen der Lymphdrüsen und demnach eine Beeinträchtigung des Lymphgefäſssystems erkennen lassen, hat Verfasser die Seifeneinreibungen nach Kapesser empfohlen mit nicht jodhaltiger Kaliseife. Diese methodischen Seifeneinreibungen mit nachfolgenden warmen Bädern dreimal wöchentlich wirken sehr günstig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfahrungen bei Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen nach Welander, von Arpád Stenczel-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) Im Garnisonspitale Nr. 2 zu Wien prüfte S. die Welanderschen Säckchen an 1907 Fällen, erreichte damit allerdings nicht eine solche Dauerhaftigkeit des Erfolges, wie durch die Schmierkur oder Injektionen, immerhin aber beachtenswerte und in theoretischer Hinsicht interessante Resultate. Über die verschiedenen Mengen, die bei den drei vergleichenden Methoden konkurrieren, sagt S.: Im Durchschnitte waren erforderlich: bei Ersterkrankungen fünf Schmiertouren (à 5 Einreibungen mit je 4,0 g = 100 g Ung. hydrargyri ciner.), beziehungsweise neun Sublimatinjektionen (0,02 g Sublimat pro dosi = 0,18 g $HgCl_2$), bei Rezidiven vier Touren = 80 g Ung. hydrargyri oder acht Sublimatinjektionen = 0,16 g Sublimat.

Demgegenüber erforderten bei der Quecksilbersäckchenbehandlung im Jahresdurchschnitt die Ersterkrankungen neun Säckchen = 108 g, die Rezidive sieben Säckchen = 84 g grauer Salbe, also im groſsen und ganzen dieselbe Menge an Quecksilber und die gleiche Zahl der Applikation. Man kann, sagt S., daraus folgern:

1. daſs es überflüssig ist, bei der endermatischen Anwendung des Quecksilbers in Form der grauen Salbe die Haut selbst mit dieser zu beschmieren, da sie, selbst durch wasserdichte Stoffe von der Haut getrennt, gar nichts von ihrer Wirksamkeit verliert, vorausgesetzt, daſs sie in dünnster Lage aufgestrichen wurde;

2. daſs durch das intensive Einreiben der Salbe in die Haut die Wirksamkeit der Schmierkuren nicht gesteigert wird. Da das intensive Einreiben aber leicht zu Follikulitiden führt, ist es nicht nur unnötig, sondern auch schädlich und daher zu vermeiden;

3. daſs infolge gesteigerter Verdunstung des Quecksilbers bei erhöhter Temperatur der Aufenthalt im Bette die Wirksamkeit aller endermatischen Methoden Quecksilberapplikation steigert;

4. daſs die Durchführung der Schmierkur in der üblichen fünftägigen Folge mit einem Bad nach dem fünften Tage mit Rücksicht auf die Resorptionswege und Resorptionsbedingungen des Quecksilbers nicht die beste Art für die Durchführung von Schmierkuren darstellen dürfte.

Rationeller scheint es aber S., jedesmal den ganzen Stamm und die Gliedmassen mit etwa 6—8 g Ung. hydrargyri cin. zu bestreichen, die Salbe durch mehrere Tage auf der Haut liegen zu lassen und dann erst die Einreibung zu wiederholen. Denn so wird durch die groſse Verdunstungsfläche sowohl die Aufnahme durch die Lungen als auch jene durch die Haut gesteigert und werden für die Quecksilberresorption jedenfalls günstigere Bedingungen geschaffen, als durch die bisher übliche Methode

der Inunktionen. Durch das Aufstreichen an Stelle des vollkommen überflüssigen Einreibens könnte so mancher merkuriellen Follikulitis und Dermatitis vorgebeugt werden. *Arthur Rahn-Berlin.*

Intramuskuläre Hg-Injektionen bei Syphilis, nebst einem Überblick über 3230 Fälle, von F. J. Lambkin-London. (*Brit. Med. Journ.* 11. Nov. 1905.) Verfasser ist fest überzeugt von dem Werte dieser Methode. Er bevorzugt das metallische Hg in folgender Fassung; R. Hydrarg. 8,0, Adip. lanae anhydr. 32,0, Paraffin. liquid. carbolisat (2%) ad 80,0 per volumen. Von dieser Mischung enthält eine Spritze zu 1 g genau 0,12 Hg. Besondere Sorgfalt ist auf die Herstellung des Präparates zu verwenden. Namentlich ist darauf zu achten, dafs das Hg mit dem Lanolin gründlich verrieben werde, ehe das Paraffin zugesetzt wird; die Prozedur, richtig durchgeführt, ist nicht unter zwei Stunden zu bewerkstelligen. Bei sehr kaltem Wetter und in tropischer Hitze müssen besondere Mafsregeln beobachtet werden. Unter etwa 40000 Injektionen mit diesem Mittel hat L. aber niemals ernstere Störungen zu beklagen gehabt, und als Gesamtresultat ist zu konstatieren, dafs, seitdem die Injektionsmethode in gröfserem Umfang im englischen Heere ausgeübt wird, die Zahl der dauernd dienstunfähig werdenden Soldaten um fast 50% vermindert worden ist.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Worte über die Behandlung der Syphilis mit grauem Öl, von L. Strominger-Bukarest. (*Spitalul.* Nr. 1. 1906.) Der Verfasser bricht eine Lanze für das früher viel benutzte, dann wieder ganz verlassene und in letzter Zeit wieder in Anwendung genommene Oleum cinereum. Die vorgekommenen tödlichen Fälle wären bei einiger Vorsicht zu verhüten; dieselben sind selten und können auch bei Benutzung löslicher Quecksilbersalze beobachtet werden. Die einmal wöchentlich vorzunehmenden Einspritzungen sind schmerzlos und geben gute therapeutische Resultate.
E. Toff-Braila.

Wasseranwendungen bei Syphilis, die gegen Quecksilber allein refraktär ist, von Josef Rudnik-Salzerbad. (*Pharmakol. u. Therap. Rundschau.* 1905. Nr. 22.) R. empfiehlt folgende Behandlungsweise der Syphilis zu akzeptieren:

1. Von der Zeit der Infektion bis zum Manifestwerden der klinischen Erscheinungen, wie bisher exspektatives Verhalten.

2. Mit dem Manifestwerden der konstitutionellen Erscheinungen eine energische Inunktionskur einzuleiten und die hypodermatischen Anwendungen oder intramuskulären Injektionen nur dort zur Anwendung zu bringen, wo die souveräne Inunktionskur, sei es aus somatischen oder aus sozialen Rücksichten, nicht durchführbar ist.

3. Eine sechs- bis achtwöchentliche Wasserkur bei allen behandelten Syphilitikern, auch wenn die Erscheinungen auf die Inunktionskur verschwunden sind, da wir ja sehen, dafs nach Jahren die Metasyphilis sich manifestiert. Ferner auch aus dem Grunde, um das überschüssige Quecksilber aus dem Organismus zu eliminieren (? der Ref.). *Putzler-Danzig.*

Behandlung der Syphilis mit Mineralwässern, von Soffiantini. (Vortrag, geh. auf der V. ordentl. Jahresversammlung der schweiz. balneolog. Gesellschaft, Lugano 1904.) Bei der hydrotherapeutischen Behandlung der Lues kommen in erster Linie in Betracht die schwefelhaltigen Mineralquellen, sodann die chlornatriumhaltigen, die Jod- und Brom enthaltenden. Eine spezifische Wirkung üben sie selbstverständlich nicht aus, sondern dienen als Adjuvantia der spezifischen Behandlung, indem sie den Allgemeinzustand heben und auf die Anämie die Kachexie usw. günstig einwirken. *C. Müller-Genf.*

Die Syphilis und die Schwefelwässer, von Privat-Cauterets. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 37.) Pr. empfiehlt, bei Syphilitikern womöglich zwischen zwei Quecksilberkuren einmal eine Kur in einem Schwefelbade einzuschalten; diese wirkt allgemein tonisierend und blutbildend und führt zu einer raschen und vollständigen Ausscheidung des im Körper befindlichen Quecksilbers, das auf diese Weise nochmals zu intensiver Wirksamkeit gelangt. Der Organismus aber ist nach solcher Reinigung für eine neue Quecksilberbehandlung besonders empfänglich. Gemischte Kuren, d. h. gleichzeitiger Gebrauch von Schwefelwässern und Hg. ist angezeigt, wenn ein Syphilitiker Quecksilber in keiner Form verträgt, besonders aber, wenn lebensgefährliche luetische Erscheinungen auftreten. Kontraindiziert ist der Gebrauch der Schwefelquellen bei Syphilitikern mit Arteriosklerose, schlecht kompensierten Herzaffektionen, Leberleiden oder Kongestionen in den Verdauungsorganen. *Götz-München.*

Intravenöse Jodkaliuminjektionen bei Syphilis, von Wilh. Doevenspeck-Essen (Ruhr). (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 11.) Ein Fall von galoppierender Syphilis, bei dem die üblichen Kuren so wenig schnell einsetzten, veranlafste D., bei weiteren schweren Fällen, zur Beschleunigung der Jodwirkung, die intravenöse Einspritzung von einfacher 5%iger Jodkaliumlösung zu versuchen; und es gelang ihm in der Tat, mit je 2 ccm einer solchen sterilisierten Lösung (also 0,1 g Jodkalium auf einmal, täglich) die Haut, Schleimhauterscheinungen, Knochenauftreibungen, Cerebrospinalerscheinungen und Dolores nocturni mit diesen intravenösen Injektionen schon nach sechs Tagen zu heben und somit die Kranken bald von der Wichtigkeit einer weiteren spezifischen Kur zu überzeugen, denn eine solche war alsbald im Anschlufs an die intravenöse Jodkaliuminjektion nötig, weil eben dieselbe nicht lange nachhielt. Aber die Annahme einer schnellen Wirkung hatte sich bestätigt. D. liefs das Jod der Durante-schen Lösung weg und benutzte, wie gesagt, nur die einfache 5%ige Jodkaliumlösung, ohne Nachteile und Nebenwirkungen zu beobachten. *Arthur Rahn-Berlin.*

Soll man in der Syphilistherapie Jod weitergeben? von Pautrier. (*Presse méd.* 1905. Nr. 72.) In den letzten Jahren hat sich besonders in Frankreich das Bestreben geltend gemacht, das Jod aus der Syphilisbehandlung zu entfernen. Es wurden dem Jod die schlimmsten Dinge nachgesagt, es erzeuge Glottisödem, interstitielle Nephritis, allerlei Hauterscheinungen und anderes, aufserdem habe es keinerlei antisyphilitische Wirkung. Der Verfasser tritt dem entgegen und will das Jod neben dem Quecksilber in der spezifischen Therapie nicht missen. Der Kampf gegen das Jod wird vergehen wie eine Mode. *Hopf-Dresden.*

Über die lokale Behandlung der sekundären Syphilide der Schleimhäute mittels Methylenblau, von Auguste Arnal. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 550.) *Fritz Loeb-München.*

d. *Malleus.*

Ein Fall von Rotz, von Louisa Woodcock-London. (*Lancet.* 3. Febr. 1906.) Ein 37jähriger Arbeiter am Fleischmarkt erkrankte unter Erscheinungen von Pleuritis, nahm aber nach zehn Tagen die Arbeit wieder auf. Nach fünf Tagen indessen mufste er dieselbe wieder aufgeben wegen Schmerzen im Knie. Erst nach weiteren fünf Wochen traten charakteristische Pusteln an der Haut hervor, und die Krankheit führte unter Entwicklung der üblichen Symptome zum Tode. Der Bacillus mallei wurde in dem Inhalt des Kniegelenks nachgewiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Die Keratosis pilaris. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 30.) Die Keratosis pilaris ist lediglich ein harmloser Schönheitsfehler, der zudem mit dem Alter von selbst verschwindet; mit dieser Aussicht ist aber jugendlichen Kranken weiblichen Geschlechts nicht gedient. Zur Behandlung empfiehlt der ungenannte Verfasser den Gebrauch tonisierender Mittel (Leberthran, Arsenik, Phosphate), ferner äufserlich die Anwendung von Bimssteinseife, Salicylseife und Salicylsalbe, Glycerinsalbe mit 10 % Resorcin, 10 % Salicylsäure und 2½ % Schwefel, 1—1½stündige Bäder mit Zusatz von Stärke, Gelatine oder Glycerin. Bei Keratosis pilaris der Gesichtshaut wird während der Nacht Schmierseife aufgelegt, die mit geringen Mengen Kamphergeist verdünnt ist. Zuweilen sieht man sich genötigt, den Haarbulbus elektrolytisch zu zerstören. *Göts-München.*

Über symmetrische kongenitale hereditäre Keratose der Extremitäten, von J. Decroo. (*Thèse de Paris.* 1905.) Die Krankheit ist selten. Zuerst unter die Ichthyosen gerechnet, wurde sie von Unna, Besnier, Doyen, Hallopeau individualisiert. Nach Besnier spricht der symmetrische Charakter der Affektion für eine zentrale Trophoneurose. Das Leiden schwankt in seiner Intensität, verschwindet aber nicht mehr gänzlich. In manchen Fällen ist die Hyperkeratose wenig ausgebildet. Die Keratodermie kann lange erythematös bleiben. Die symmetrische kongenitale hereditäre Keratose ist ein Naevus mit Tendenz zu hyperkeratotischen Komplikationen (Respighi, Hallopeau). *Fritz Loeb-München.*

Die Röntgenbehandlung der Tinea tonsurans capitis, von G. Sichel-London. (*Brit. med. Journ.* 3. Febr. 1906.) Bei einem poliklinischen Material von 102 Fällen hat S. folgende Resultate zu verzeichnen: 67 Patienten sind noch unter Behandlung resp. Beobachtung und müssen als noch nicht abgeschlossen ausgeschieden werden. Von den übrigen 35 Fällen scheiden weitere 5 aus, da es sich bei ihnen um Alopecia areata handelte. Von den restierenden 30 wiederum sind 9 Fälle aus der Behandlung ausgeschieden, ohne dafs man irgend etwas bestimmtes über den Erfolg der Kur feststellen konnte. Von den übrigen 21 sind 11 binnen sechs Monaten als definitiv geheilt zu bezeichnen, 10 dagegen als Mifserfolge zu zählen. Von den 5 Fällen von Area Celsi sind 4 geheilt, bei dem letzten war der Erfolg günstig, doch entzog sich Patient der weiteren Beobachtung. Da von den abgeschlossenen Fällen 50 % binnen sechs Monaten definitiv geheilt waren, so ist das Resultat bei der bekannten Intraktabilität der englischen Tinea als hocherfreulich zu bezeichnen. Trotzdem haften der Methode ernste Fehler an. Zunächst ist zu bemerken, dafs es S. bei einem seiner Patienten passierte, eine Dermatitis hervorzurufen, welche, wie er meint, wahrscheinlich zu einem permanenten Haarverlust führen wird. Da dies sich bei einem der letzten Fälle ereignete, kann Mangel an Erfahrung nicht als Erklärung des Unfalls dienen. Andererseits sind die bisher angegebenen Methoden zur Bestimmung der Intensität der Bestrahlung (inkl. die Sabouraudschen Pastillen) nach Verfassers Ansicht sämtlich unzureichend. Ungünstige Resultate erhält man auch immer bei Fällen von herdweiser disseminierter Trichophytie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Pityriasis rubra pilaris, von A. Reale. (Neapel 1904.) Die ziemlich umfangreiche Arbeit läfst sich kurz in folgenden Sätzen resumieren: Die histologische Untersuchung berechtigt uns, die Pityriasis rubra pilaris unter die Parakeratosen einzureihen; sie ist offenbar ein Folgezustand der mangelhaften Oxydation in den Schichten der Epidermis. Die Veränderungen in der Epidermis (eigentliche

Epidermis, Haarfollikel usw.) sind sekundär, da ihnen die Veränderungen in der Cutis vorausgehen. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis, von Rudolf Hilbig. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten: 1. Die Psoriasis ist eine verhältnismäfsig häufige Erkrankung der Haut. 2. Männer erkranken viel häufiger als Frauen. 3. Beginn der Psoriasis konnten wir in 40 % vor dem 15. Lebensjahre konstatieren, in 38 % zwischen dem 20. und 30. Jahre, in den übrigen Fällen zwischen dem 15. und 20. Jahre. 4. Jahreszeit spielt keine Rolle. 5. Einmal konnte Psoriasis auf Schreck, zweimal auf mechanische Ursache zurückgeführt werden. 6. Heredität fanden wir in 18,2 %. Aufserdem waren in zwei Fällen Geschwister erkrankt, ohne dafs die Eltern an Psoriasis litten. 7. Die Patienten klagten fast ohne Ausnahme über starkes Jucken, das besonders Nachts bei der Bettwärme und im Sommer beim Schwitzen stärker war. 8. Bei denjenigen Psoriatikern, die keine typischen Effloreszenzen auf dem Kopfe hatten, konnte mit wenigen Ausnahmen eine Seborrhoe festgestellt werden. 9. Die Haarfarbe war in 90 % blond. Einmal sahen wir eine rothaarige Patientin mit Psoriasis. 10. In sechs Fällen konnten wir eine Kombination mit Arthritis rheumatica feststellen. 11. Eine Kombination mit Gicht sahen wir nie, dagegen zweimal mit Diabetes, von denen einer wahrscheinlich durch die Behandlung mit Chrysarobin entstanden war. *Fritz Loeb-München.*

Die Psoriasis, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 39.) Kurze Beschreibung der Psoriasis und ihrer Behandlung. Die Krankheit ist nach J. nicht parasitärer Natur, sondern dyskrasischen und nervösen Ursprungs. Dafür spricht insbesondere das Zusammentreffen von Psoriasis mit rheumatischen Affektionen, Arthropathien usw. *Götz-München.*

Therapie der Psoriasis, von E. v. Düring. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 51.) Die Ätiologie der Psoriasis ist unbekannt, die Prognose unsicher. In der Behandlung spielen eine grofse Rolle die Hydrotherapie und der Teer. Von grofsem Vorteil — nicht genug benutzt — ist die Schwitzkur. Die Schweifsentwicklung wird am besten auf trockenem Wege erreicht, entweder auf dem Schwitzstuhl oder im elektrischen Schwitzkasten. Den Schwitzstuhl kann man sich unter Umständen selbst konstruieren.

Nachdem der Kranke in Transpiration versetzt ist, läfst man ihn 10—15 Minuten stark transpirieren; meist wird man den Kopf mit einer mehrfach geschichteten, feuchten Kompresse bedecken. Darauf wird der Patient in wollene Decken gehüllt und zunächst für eine halbe bis eine Minute unter eine warme, dann für wenige Sekunden unter eine kühle oder kalte Dusche gebracht. Nun trocknet man den Kranken ab und läfst ihn sich ankleiden, oder man wickelt ihn in trockenen Laken und läfst ihn gut zugedeckt einige Zeit ausruhen.

In der Privatpraxis kann man überall dort, wo eine Badeeinrichtung ist, auch mit Erfolg die Duschen anwenden. Man gibt zunächst eine etwas längere (eine bis zwei Minuten) warme — 35 bis 40° C. — Dusche und läfst den Patienten dann rasch eine bis zwei Sekunden unter eine kalte Dusche treten, die möglichst auf die erkrankten Stellen oder bei diffuser Erkrankung überhaupt auf den Körper gerichtet wird; dieses Verfahren wird einigemale wiederholt, worauf der wenig abgetrocknete Kranke in trockene Laken eingewickelt und, warm zugedeckt, ins Bett gelegt wird. Diese Duschen empfehlen sich bei Psoriatikern auch prophylaktisch als regelmäfsiges Verfahren der Hautpflege.

Bei reizbarer Haut, bei frischerer, akuterer Psoriasis wird man Kleiebäder von kürzerer Dauer anwenden — 2 kg Kleie auf ein Bad; bei chronischen, torpiden Fällen

sind entweder Seifenbäder angezeigt oder alkalische Bäder oder eine Verbindung beider Faktoren im Bade.

Eine besonders durch Lassar in Aufnahme gekommene Art der Bäder verbindet die verschiedenen Zwecke des Bades mit der Anwendung des Medikamentes. Es sind das die Teerbäder, die in der bekannten Weise — Einpinseln des Präparates. z. B. Olei cadini, auf die einzelnen Psoriasisflecke des im Bade sitzenden Patienten — ausgeführt werden.

Mit den Bädern, besonders Seifen- und Alkalibädern, mit Schwitzkuren und Duschen vergesellschaftet, ist trotz Chrysarobin die Teerbehandlung nach D.s Ansicht und nach seinen Erfahrungen auch jetzt noch am meisten zu empfehlen. Die Wirkung ist etwas langsamer, man wird in den meisten Fällen zur Auslöschung der Psoriasissymptome 4—6 Wochen gebrauchen, aber Intoxikationserscheinungen kommen bei gleichzeitiger Schwitz- oder Badekur und bei einiger Vorsicht nicht vor. Wenn man die Anwendung des Teers an behaarten Stellen vermeidet, wird man auch durch die Follikulitiden und Furunkel nicht gestört werden.

In jedem einzelnen Falle muſs auſserordentlich sorgfältig die Reizbarkeit der Haut geprüft werden. In akuten Fällen ist eine ausschlieſsliche oder begrenzte Milchdiät von ausgesprochenem Nutzen. Extravakanzen in der Ernährung sind nach jeder Seite zu widerraten.

Zur Empfehlung einer sorgfältigen Hautpflege und zur Vorsicht in der Ernährung, Vermeidung von zu „nahrhafter Kost", groſser Mäſsigkeit in Alkohol-, Kaffee- und Tabakgenuſs, Dinge, durch die sicher der Psoriatiker zu einem Mehr oder Minder an Eruptionen beeinfluſst wird, haben wir um so mehr Grund, als — entgegen der Ansicht vieler — die innere Therapie vollständig unsicher, vielleicht sogar nutzlos oder schädlich ist.

Wir müssen günstigsten Falles die Wirkung des Arseniks für unsicher erklären und ebenso die Wirkung des Jodkaliums als eine sehr ungleiche und unsichere; man hat allerdings in einigen Fällen den Eindruck, als unterstütze die Jodkaliumtherapie die äuſsere Behandlung.

Die Thyreoidintherapie aber ist sicher nutzlos und nicht selten gefährlich.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit photo-elektrischen Bädern, von Metschersky. (*Med. Obosrenje* 1906. Nr. 2. S. 70.) Auf Grund von zehn in der dermatologischen Klinik zu Moskau angestellten Versuchen der Behandlung der Psoriasis vulgaris mit photo-elektrischen Bädern ist Verfasser zu folgenden Schlüssen gekommen:

1. Die photo-elektrischen Wannen erweisen sich als eines der wirksamsten Mittel bei der Behandlung der Schuppenflechte.

2. Nicht alle Psoriasisfälle werden in gleicher Weise durch diese Behandlung beeinfluſst.

3. Den besten Erfolg erzielt man bei der Psoriasis inveterata mit äuſserst chronischem Verlauf; dagegen

4. bedarf die atonische Psoriasis mit schwach ausgeprägter Hyperämie, Infiltration und Schuppenbildung einer gemischten Behandlung, weil sie der Lichtbehandlung allein langsam weicht.

5. Diejenigen Formen von Psoriasis vulgaris, welche sich durch eine mehr oder weniger starke seröse Durchtränkung des Infiltrates auszeichnen, wie die Psoriasis rubra und die Psoriasis fibrinosa, reagieren wenig auf die Lichtbehandlung.

6. Bei sogenannten Exacerbationen der Psoriasis ist die Lichtbehandlung, wie übrigens fast jede lokale Behandlung kontraindiziert.

7. Besonders hohe Temperaturen sind für die Lichtbehandlung nicht notwendig, da der therapeutische Effekt anscheinend hauptsächlich direkt von der Lichtwirkung abhängt.

8. Eine gleichzeitige örtliche oder allgemeine Behandlung beschleunigt merklich die Heilung. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Chrysorabindermasan, von Lengefeld-Brandenburg a. H. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Ester-Dermasan ist eine zum externen Gebrauch bestimmte weiche Salicylseife, welche die Salicylsäure in freiem Zustande enthält und zwar in Mengen von 10%; außerdem sind ihm 10% Salicylester mit Benzoyl- und Phenylradikalen einverleibt. Infolge des Mangels an Wasser erlangt die Seife die Eigenschaft, durch schwache Säuren nicht zersetzt zu werden, und es wird die Salicylsäure einerseits leicht von der Seife abgegeben, andrerseits bewirkt der vorliegende Seifenkörper eine erhöhte Resorption durch die Haut. L. hat mit diesem Mittel unter Zusatz von 10% Chrysarobin eine Anzahl Psoriasisfälle leichteren wie schwereren Grades auch auf der Kopfhaut mit gutem Erfolge behandelt und empfiehlt das Chrysorabindermasan besonders für die Behandlung der Psoriasis in hartnäckigen Fällen und bei Erkrankung des Kopfes.

Putzler-Danzig.

Über Leukoderma psoriaticum, von H. Assmy. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 6.) Das Wesen des Leukoderma psoriaticum, der Depigmentierungen an Stellen abgeheilter Psoriasisplaques, ist wenig bekannt. Verfasser berichtet nun über einen diesbezüglichen Fall, der auf der dermatologischen Abteilung im Städt. Krankenhause am Urban in Berlin zur Beobachtung kam. Der Patient war in den letzten zwei Jahren nicht antipsoriatisch behandelt worden. Das Entstehen eines Leukoderma psoriaticum braucht also nicht auf den Einfluß von Arsen- oder Chrysarobinmedication bezogen zu werden. Das Leukoderma fällt bei dem Patienten zeitlich mit dem letzten Rezidiv zusammen. Was die Dauer des Leukoderma anbelangt, so waren nach etwa vier Monaten im Falle Verfassers irgend welche Änderungen in Form, Färbungsintensität oder bezüglich der Menge der Flecke nicht nachweisbar. — Die Lokalisation, Form und Zeichnung des Leukoderma konnte hier auch bei oberflächlicher Untersuchung eine Verwechslung mit Leukoderma syphiliticum nicht aufkommen lassen. Welche Momente das Zustandekommen eines Leukoderma psoriaticum bedingen, darüber ist man nicht im Klaren. Jedenfalls kann man aber mit Sicherheit annehmen, daß es sich aus den Psoriasisplaques, d. h. auf Stellen entwickelt, an denen Psoriasiseffloreszenzen lokalisiert waren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Prinzipien der Ekzembehandlung, von Wlodzimierz Lukasiewicz. (*Lwowski Tygodnik lekarski.* 1906. Nr. 3 u. 4.) Der bekannte Vertreter der Wiener dermatologischen Schule bespricht in einem längeren Artikel die Prinzipien der Ekzembehandlung. Zuerst ist immer die Ursache des Ekzems, dann das Stadium desselben festzustellen. Man unterscheide das symptomatische Ekzem, durch Krankheiten der inneren Organe hervorgerufen, vom idiopathischen, durch äußere Schädlichkeiten verursacht; es gibt endlich Fälle, bei denen beide Ursachen mitwirken. — Die ätiologische Therapie basiert auf allgemeinen therapeutischen Prinzipien und variiert je nach dem Grundleiden. Die Diät muß insoferne berücksichtigt werden, als dies der betreffende Organismus erheischt. Das schablonenmäßige Empfehlen irgendwelcher Diät für alle Ekzemfälle ist zu verwerfen. Die Störungen in der Ernährung (sowohl zu viel, als zu wenig!) rufen oft die sogenannte „alimentäre Disposition" hervor; Leute mit abnormen Fäulnisverhältnissen im Darm prädisponieren ebenfalls zu Ekzemen. — Abgesehen von der ätiologischen Therapie, ist Arsen oft ein ausgezeich-

netes Hilfsmittel bei der Ekzembehandlung; das Atoxyl beginnt alle anderen diesbezüglichen Mittel zu verdrängen.

Bei der lokalen Therapie müssen folgende Indikationen strikte berücksichtigt werden: 1. Schonung und Deckung der affizierten Stellen — mittels deckender und trocknender Mittel, die alle indifferent sind. 2. Entfernung der pathologischen Produkte (Borken, Schuppen) — mittels erweichender und macerierender Mittel. 3. Behandlung des akuten und chronischen entzündlichen Zustandes — mittels Medikamenten, die die Hyperämie vermindern und die Verhornung befördern. Die wichtigsten, zu allen diesen drei Gruppen gehörenden Mittel werden besprochen, und Verfasser macht darauf aufmerksam, wie wichtig es dabei ist, im geeigneten Momente und in entsprechender Weise das passende Mittel zu applizieren. Die ekzematösen Veränderungen neigen zu grofser Variabilität, deshalb ist auch ihre stete Kontrolle notwendig. Die Kunst der Ekzembehandlung besteht in der wichtigen Beurteilung der einzelnen Krankheitsperioden, um sich orientieren zu können, welche Mittel zu gebrauchen und welche auszusetzen sind.

Von den neueren Mitteln empfiehlt L. nach Klingmüller das Tumenolammonium. — Die Röntgenbehandlung der Ekzeme ist wegen der damit verbundenen Möglichkeit einer grofsen Schädigung für den Patienten, als direkt gefährlich zu bezeichnen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bemerkungen über Pathologie und Therapie des Ekzems, von Felix Pinkus-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 9.) Verfasser ist ein Gegner der dyskrasischen Theorien der Ekzeme. Das Ekzem sei in der Regel eine lokale Hauterkrankung, die durch äufserliche Schädlichkeiten hervorgerufen wird und lokal behandelt werden mufs. Doch scheitert manchmal die lokale Therapie, wenn man nicht die nebenbei vorhandenen Konstitutionsanomalien des Kranken (Gicht, Diabetes, Syphilis) in Betracht zieht, welche den Grad des Widerstandes gegen die schädliche Einwirkung herabsetzen. Darmstörungen habe eine Einwirkung auf das Ekzem eigentlich nur bei Kindern, und auch hier vornehmlich nur bei denjenigen Ekzemen, welche sich an Strophuluseruptionen anschliefsen. — Innere Behandlungsweisen unterstützen nur selten die Heilung; allgemeine Roborierung kann aber von grofsem Nutzen sein. — Die Ekzeme, welche der Skabies folgen, sind verursacht durch direkte Schädigungen und ein Empfindlichwerden der Haut, und nicht durch eine Änderung des Stoffwechsels. Nicht einmal bei Prurigo läfst sich ein Beweis dafür anführen, dafs die Stoffwechselstörung einen Einfluss habe; vielmehr scheine nur die, infolge langdauernder Hautstörung geänderte Reizbarkeit der Haut, selbst durch die Einwirkung äufserer Schädigungen leichter Ekzeme hervorbringen zu können, als an gesunder Haut. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche, von F. Loeffler. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Nach den Versuchen des Verfassers stehen für die Schutzimpfungen in der Praxis folgende Verfahren zur Verfügung:

1. Einspritzung hochwertigen Serums von Pferden für Schweine und Schafe in den Mengen von 5—20 ccm je nach dem Gewicht; von Rindern für Rinder.

a) Einmalige grofse Dosis von 0,3—0,5 ccm pro Kilo;

b) in achttägigen Zwischenräumen wiederholte Dosen von 15—20 ccm intravenös.

2. Einspritzung von Serum und Lymphegemischen für Rinder: 0,5 hochwertiges Rinderserum, vermischt mit $^3/_{100}$ ccm virulenter Lymphe unter die Haut;

nach $3^1/_2$ Wochen $^1/_{300}$ ccm Lymphe unter die Haut;

„ 12—14 „ $^1/_{100}$ „ „ „ „ „

„ 12—14 „ $^1/_{25}$ „ „ „ „ „

Welches Verfahren anzuwenden ist, das hängt von den Umständen ab, die die Schutzimpfung notwendig machen:

1. In Stallungen, in welchen die Seuche ausgebrochen ist: Verfahren 1a.

2. In den Stallungen verseuchter Gehöfte, in denen noch kein Tier erkrankt ist: Verfahren 1b, vielleicht auch Verfahren 2.

3. In gesunden Beständen in der Nachbarschaft verseuchter Gehöfte: Verfahren 2. — Kommt es auf die Kosten nicht an, namentlich auch in unmittelbarer Nachbarschaft verseuchter Gehöfte und bei regem Verkehr: Verfahren 1b.

4. In gesunden Beständen, in welche Tiere von aufserhalb eingeführt wurden: Verfahren 1b.

Für eine allgemeine Schutzimpfung bei bedrohlicher Ausbreitung der Seuche würde sich seiner Billigkeit wegen nur Verfahren 2 eignen. Die sogenannten Notimpfungen müfsten wegen der durch sie bedingten Vermehrung der Menge verschleppbaren Infektionsstoffes verboten werden, ebenso wie die Ovination und die Variolation. *A. Loewald-Kolmar.*

Bericht über eine Reihe von Stomatitisfällen, von Jenks. (*Arch. of Pediatrics.* Nov. 1905.) Verfasser sah im Philadelphia-Kinderkrankenhaus eine Reihe von Stomatitisfällen, in denen sich der Klebs-Löfflersche Bazillus nachweisen liefs. Sie waren charakterisiert durch das Auftreten grofser Geschwüre an der Wangenschleimhaut oder in der Umschlagfalte, die nicht aus einzelnen Aphthen konfluierten, aber sich rasch ausbreiteten; Foetor ex ore fehlte, ebenso Zahnfleischschwellung, meist fanden sich wenige, vier bis fünf Geschwüre. Ihre Farbe war gelb-weifs, mit rotem Hofe, nicht in die Tiefe greifend, mit scharfem Rande. Die Kinder litten alle an anderen Krankheiten, so dafs man den Einfluſs der Stomatitis auf das Allgemeinbefinden nicht feststellen konnte. Heilung in allen Fällen. *F. Hahn-Bremen.*

Stomatitis und Impetigo contagiosa, von Cushing. (*Arch. of Pediatrics.* Juni 1904.) Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs eine harmlose Impetigo contagiosa oft mit Erkrankungen der Mundschleimhaut, der Nase, der Augen kompliziert ist, die eine schwere Erkrankung vortäuschen. So sah er einen Knaben, der mit Verdacht auf Typhus ins Hospital kam und neben Impetigo Geschwüre der Mundschleimhaut hatte; ein Mädchen hatte aufser Impetigo einen eitrigen Ausfluſs aus der Nase, der eine Sinuserkrankung als wahrscheinlich erscheinen liefs. In beiden Fällen ergab die bakteriologische Untersuchung den Stophytococcus aureus und unter einfacher Behandlung heilten die Erkrankungen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten, von Th. Kugler-Neuenburg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) K. fand bei einem schwerkranken Kinde (Temp. 40,3, Puls 140) die rechte Seite des Hodensacks, den Penis und eine drei Finger breite Stelle der Ingenialgegend mit einem Ausschlag bedeckt, der von lauter kleinen, halbkreisförmigen Bogen begrenzt war in der Weise, dafs am Rande kleine, kaum stecknadelkopfgrofse Pusteln sich befanden mit trübem Inhalt. Die Haut war am Rande hellrosa, nach der Mitte zu in konzentrischen Kreisen successive dunkelrot, blaurot, dunkelblau, bräunlich blau. Die Epidermis erschien leicht abgelöst und wie über die erkrankte Fläche straff gespannt, nicht blasenförmig abgehoben; in der Mitte der erkrankten Stelle bildet sie eine eingetrocknete, gelbbraune Borke. Nach drei Tagen Verschlimmerung des Zustandes, die Hautaffektion bedeckte die ganzen Genitalien, die vordere Seite des rechten Oberschenkels und die rechte untere Bauchwand; die ganz durchsichtige, beinahe glänzende Epidermis lag abgelöst und stark nach der Mitte zu gespannt über der erkrankten Cutis. K. glaubt auf Grund dieses Krankheitsbildes den Fall als Dermatitis herpetiformis diagnostizieren zu sollen. *Putzler-Danzig.*

Zur Ätiologie des Pemphigus acutus neonatorum, von Tschuprina. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1905. Nr. 21.) Bei der mikroskopischen Untersuchung des Eiters der Pemphigusblasen konstatierte Verfasser, dafs er vorzüglich aus polynucleären Leukocyten (90—95%) und nur zu geringerem Teil aus mononucleären und Lymphocyten (10—15%) besteht. Die Anzahl der eosinophilen Zellen schwankt zwischen 1—2—4%, wobei sich zeigte, dafs die stark monomorph gekörnten Eosinophilen erst nahe vor der Genesung auftreten. Weiter fand Verfasser in einer Reihe von Fällen typische Gonokokken, so dafs er den Pemphigus neonatorum benignus acutus als eine unzweifelhaft infektiöse Krankheit ausspricht, wobei das Contagium vivum verschieden sein kann, bald sind es Kokken (Demme, Baginsky), bald Pilze, die Ähnlichkeit mit Trichophyton tonsurans haben (Riehl), bald Streptokokken (Babes, Michele), bald Gonokokken, welche anscheinend die häufigste Ursache des Pemphigus bilden. Für die Behandlung empfiehlt Verfasser Ol. camphoratum und Ol. camph. carbolisat. mit nachfolgendem Bestreuen von Amyl. tritic. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über den nicht syphilitischen Pemphigus der Säuglinge, von Georg Kien. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 56.) An der Hand einiger in der Strafsburger Kinderklinik beobachteten Fälle bespricht Verfasser den akut-idiopathischen und den symptomatischen Pemphigus bei Säuglingen. Beide Formen sind von dem akuten Pemphigus neonatorum zu trennen; der Pemphigus idiopathicus befällt nur Säuglinge und ältere Kinder; der Pemphigus symptomaticus kommt nur als Begleiterscheinung anderer Krankheiten, sowie bei heruntergekommenen Kindern vor. Die vom Verfasser beobachteten Fälle waren ausschliefslich Säuglinge; die zwei ersten waren kräftige Kinder, die übrigen erwiesen sich als schwächlich oder kachektisch.

Was die bakteriologische Untersuchung anbelangt, so ist das von anderen Autoren beobachtete Vorkommen des Staphylococcus pyogenes albus und aureus, sowie eines dem Neisserschen Gonococcus ähnlichen Kokkus bestätigt worden. Letzterer liefs in Verfassers Versuchen auf keinem Nährboden züchten. Dafs derselbe jedoch zur Blasenbildung nicht mitzuwirken braucht, lehrte der mit Erfolg ausgeführte Impfversuch, zu dem nur die zwei Arten von Staphylokokken verwendet wurden. Aus dem Blute gelang es, nur den Staphylococcus albus zu züchten.

Aus den Fällen Verfassers ergibt sich folgendes:

1. Der akute Pemphigus mufs zu den gefährlichsten Erkrankungen des Säuglingsalters gerechnet werden.

2. Der Pemphigus acutus idiopathicus der Säuglinge besitzt sowohl im klinischen Bild, wie im Verlauf, in der Kontagiosität, wie im bakteriologischen Befund des Blaseninhaltes und des Blutes, grofse Verwandtschaft mit dem Pemphigus neonatorum.

3. Der Pemphigus symptomaticus der Säuglinge scheint ebenso übertragbar zu sein, wie der akute der Neugeborenen, und der bakteriologische Befund bei demselben ist der gleiche wie bei jenem. Es dürfte aus diesem Grunde auch diese Pemphigusform zur akut kontagiösen Form in näherer Beziehung stehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

b. *Outis.*

Behandlung der Aktinomykose und Blastomykose mit Kupfersalzen, von Arthur Dean Bevan-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. Novbr. 1905.) Geleitet von dem Gedanken, dafs in der Landwirtschaft Kupfersalze als Vernichtungsmittel pflanzlicher Parasiten sehr geschätzt werden, hat Verfasser in einigen Fällen von Aktinomykose und Blastomykose, in denen die Jodtherapie nicht recht erfolgreich,

Kupfersulfat innerlich und äufserlich angewandt, innerlich zu 0,015—0,03 dreimal täglich, äufserlich zu Waschungen in 1% Lösung. Das Ergebnis war recht günstig; um rasch weitere Erfahrungen zu machen, bittet Verfasser die Kollegen, auch ihrerseits Versuche mit dem Mittel anzustellen. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Ainhum, von Cincinnatus Smith-San Diego. (*Journ. of the americ. med. ass.* 30. Dez. 1905.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Ainhum, welcher eine Negerin im Alter von 35—40 Jahren betraf, die beide kleine Zehen infolge von Ainhum verlor und heftige Schmerzen während der Spontanamputation zu erdulden hatte; in dieser Zeit war das Allgemeinbefinden nicht sonderlich gestört. Patientin erreichte das Alter von 90 Jahren, ihr Vater, ein afrikanischer Negersklave, war 115 Jahre alt geworden. *Stern-München.*

Untersuchungen über Framboesia tropica (Yaws), von Aldo Castellani-Colombo. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 4.) In geschlossenen, gelegentlich aber auch ulcerierten Framboesiageschwüren findet man einen aufserordentlich zarten Mikroorganismus, welcher bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnis, nach der Ansicht Cs. morphologisch von der Spirochaeta pallida (Schaudinn) nicht zu unterscheiden ist. Der nach Leishmann, resp. Giemsa gefärbte Mikroorganismus nimmt gewöhnlich einen blafsrötlichen Farbenton an.

Unter 14 Fällen typischer Framboesia hat C. in elf Spirochäten gefunden. Darunter begegnete er einer aufserordentlichen Varietät, welche ohne andere Mikroorganismen in geschlossenen Geschwüren vorkommt. Seiner Ansicht nach kann man zurzeit diese Art morphologisch nicht von der Spirochaeta pallida (Schaudinn) unterscheiden. Da aber anzunehmen ist, dafs die Framboesia von der Syphilis verschieden ist, so ist C. geneigt, anzunehmen, dafs, wenn die Spirochäta, die er bei Framboesia gefunden hat, eine Rolle in der Ätiologie spielt, sie biologisch verschieden von der Syphilis sein mufs; er schlug deshalb den Namen Spirochaeta pertenuis seu pallidula vor. *Arthur Rahn-Berlin.*

Streptothrix Madurae, von N. Greco-Buenos Aires. 1905. Der Verfasser beschreibt hier einen zweiten Fall von Madura-Fufs. In dieser neuen Arbeit bestätigt er vollauf, was er bereits früher über diesen Gegenstand mitgeteilt hat (Primer caso de pie de Madura ó Micetoma en la República Argentina; Dissertation Buenos Aires, 1904). Es werden die verschiedenen Nährböden aufgezählt, auf denen sich der Pilz, der die mannigfaltigsten Benennungen erfahren hat, kultivieren läfst. Am üppigsten gedeiht er auf Nährböden, die Glyzerin enthalten oder leicht angesäuert sind. Es wird dabei ein Ferment entwickelt, der die Eigenschaft hat, Fette zu verseifen und in freie fettige Säuren nebst Glyzerin zu verwandeln. Die Morphologie des Pilzes ist aus der früheren Arbeit des Verfassers hinlänglich bekannt. In bezug auf sein Verhalten gegenüber antiseptischen Substanzen hat sich der Pilz am empfindlichsten gezeigt gegen Sublimat (0,5 oder 1‰), Quecksilbercyanid (0,5— 1‰) und Lysol (1:100—1:200). Tieren inokuliert entwickelt sich der Pilz nur langsam, wie dies übrigens auch bei Inokulationen auf den Menschen der Fall ist. Selbst bei intravenösen Injektionen konnte man keine allgemeine Infektion zustande bringen. Das Streptothrix Madurae (oder wie seine zahlreichen anderen Bezeichnungen heifsen mögen) ist somit ein Saprophyt, dessen gewöhnlicher und beliebtester Aufenthaltsort offenbar der menschliche Organismus nicht ist, da seine Virulenz beim Übertritt von einem Tiere auf ein anderes nicht vermehrt wird. *C. Müller-Genf.*

Die Ätiologie der Noma, von Charles Hermann. (*Archives of Pediatrics.* November 1905.) Als Ursache der Noma sieht Verfasser einen Mikroorganismus an, den er Spirochäte der Nekrose nennt; er ist identisch mit dem von anderen, bei geschwürigen Prozessen des Mundes gefundenen und mit dem von Miller spirillum

sputigenum genannten Organismus. Dies sind nur verschiedene Formen desselben Organismus, der nicht ein Bacillus ist, sondern als Spirochäte zu den Protozoen gehört. Daher wächst er nicht auf gewöhnlichen Nährböden und färbt sich nicht wie Bazillen. Er findet sich in Form von widerstandsfähigen Sporen in der Luft und kommt mit der Nahrung in den menschlichen Körper. Hier findet er gute Existenzbedingungen, besonders wenn durch kranke Zähne die Schleimhaut gereizt und gedrückt wird. Auf kranke Zähne soll man daher bei Kindern sorgfältig achten. Die rationellste Behandlung ist der Paquelin. Der Noma ähnliche Prozesse können auch in anderen Organen sich entwickeln. *F. Hahn-Bremen.*

Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen, von Zieler. (*Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* Band XXVIII.) Bekanntlich hatte Doutrelepont zuerst im Jahre 1886 über einen Fall von akuter multipler Hautgangrän berichtet, den er als eine auf hysterischer Basis beruhende vasomotorische oder trophoneurotische Störung ansah. Verfasser berichtet aus Doutreleponts Klinik über einen zweiten ähnlichen Fall: Bei dem 21jährigen, anämischen, aber sonst kräftigen, nicht neuropathisch veranlagten Mädchen treten seit einem halben Jahre ohne äufsere Veranlassung, besonders ohne vorangegangene Verletzung nach anfänglichem Brennen auf hyperämischem Grunde quaddelartige Erhebungen mit weifsgelbem Zentrum auf. Allmählich sinken sie ein, werden bräunlich und nach einer Woche stöfst sich eine Hornlamelle ab, unter der normale Haut erscheint, oder es tritt nach Abstofsung eines ganz oberflächlichen Schorfes eine bläulichrote Narbe hervor. An einzelnen Stellen bilden sich aber auch tiefgreifende Nekrosen, linsengrofse, wie mit dem Locheisen herausgeschlagene Defekte. Eine Beteiligung der Schleimhäute wurde nicht beobachtet. Nach $1^1/_2$ Jahren erlag die Patientin der Lungentuberkulose, die Sektion konnte nicht gemacht werden. Mikroskopisch fand sich Ödem der Epidermis und des Papillarkörpers, perivaskuläre Infiltration weiter in die Tiefe reichend als normal. Vereinzelt finden sich Spalt- und Blasenbildungen im Epithel, oder zwischen Epithel und Papillarkörper. Bei beginnender Nekrose zeigt sich diffuse Färbung in den oberen Lagen des Rete bei mangelhafter Färbung der Kerne. Bei ausgebildeter Nekrose findet man zahlreiche Hohlräume verschiedenster Gröfse, das Epithel ist siebartig durchlöchert, die obersten Schichten des Papillarkörpers sind nekrotisch. Verfasser sieht den Fall als einen jener seltenen Fälle von multipler Gangrän an, die den Charakter einer eigenen, selbständigen Neurose tragen. Verfasser hat dann Versuche mit Gangränbildung durch rohe Salzsäure gemacht und schildert den mikroskopischen Befund. Er weist auf die Unterschiede hin, die bei der Salzsäurenekrose zeigen, dafs das schädliche Agens von aufsen kam, dessen Einfluſs sich hauptsächlich auf die äufsersten Schichten der Haut erstreckt, während die Veränderungen im Papillarkörper nur als Reaktion auf den von aufsen kommenden Reiz aufgefafst werden können. Bei der akuten multiplen Hautgangrän dagegen finden sich Veränderungen, die nur auf in der Cutis ablaufende Prozesse bezogen werden können.

Da die klinischen Symptome für eine Differentialdiagnose nicht ausreichen, so ist stets der mikroskopische Beweis zu erbringen, falls eine artifizielle Entstehung der Gangrän mit Sicherheit ausgeschlossen werden soll. *F. Hahn-Bremen.*

Die Sporotrichose (Multiple subcutane Abscesse), von Louis Dor-Lyon. (*La presse méd.* 1906. Nr. 30.) Die betreffende, 58jährige Patientin hatte eine Stecknadel verschluckt, deren Extraktion schwierig und mit verschiedenen Verletzungen der Rachenschleimhaut verbunden war. 20 Tage später erschienen mehrere Abscesse am Nacken und hinter dem Ohre, welche inzidiert wurden und rasch heilten. Kurze Zeit hierauf erschien ein tief gelegener Abscefs der einen Gesäfsbacke, dann verschiedene

Abscesse der Achselhöhle, der Schenkelbeuge, der Arme usw., kurz im Verlaufe von drei Monaten traten 23 derartige Abscesse auf. Dieselben enthielten einen dicklichen Eiter, wurden teils inzidiert, teils eröffneten sie sich spontan und zeichneten sich im allgemeinen durch rasche Heilung aus. Die Untersuchung zeigte, dafs der Erreger dieser Abscesse ein Parasit aus der Reihe der Trichomyceten sei, ein Sporotrichum, welches zwischen Strepthotrix und Trichophyton eingereiht wird. Überimpfungen auf Meerschweinchen fielen positiv aus, doch konnte mit dem Eiter der derart erzeugten Abscesse keine weiteren Eiterungen bei Meerschweinchen oder Kaninchen erzielt werden. Auf Bouillon und Agar konnten Reinkulturen erzielt werden, die sich bei 37° sehr gut entwickelten. *E. Toff-Braila.*

Über subunguale und periunguale Panaritien und ihre Behandlung durch Entfernung des Nagels, von Eugène Henri Renou. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 98.) *Fritz Loeb-München.*

Überblick über einige tropische Hautulcerationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie, von Richard B. Strong. (*Philippine Journ. of Science.* 1906. Bd. 1. Nr. 1.) In Manila kommen eine Anzahl von chronischen Hautulcerationen vor, welche sich nach Ausschlufs von Lupus, Lepra und Lues in drei Gruppen unterbringen lassen: Delhi boil, tropische Hautphagedänie und ulcerative Dermatitis. Für jede dieser Typen bringt der Verfasser einen charakteristischen Krankheitsfall, um sich dann eingehend über die Ätiologie der Orientbeule zu verbreiten. Unter Hinweis auf die Literatur und seine eigenen Beobachtungen zieht der Verfasser den Schlufs, dafs eine ziemlich seltene Form der Orientbeule blastomycetischen Ursprungs ist, deren Erscheinungen eine Art von Protozoen enthalten, welche den Donovan-Leishmanschen Körperchen verwandt sind. *Schourp-Danzig.*

Eine Serie von vier Fällen von Diphtherie der Haut, von R. Keelis und F. H. Jacob-Nottingham. (*Brit. Med. Journ.* 10. März. 1906.) In einem Waisenhaus wurden zwei Mädchen wegen Geschwüre an den Zehen, Folgen von Pernionen, behandelt. Bald danach erkrankte ein anderes Kind mit typischer Rachendiphtherie. Es wurde sofort isoliert. Einige Tage nachher aber fand man bei den zwei erstgenannten Mädchen und ferner bei zwei anderen, von denen das eine an der Ferse, das andere auf dem Handrücken ein Geschwür hatte, einen ausgesprochen diphtherischen Zustand. Die Geschwürsflächen waren mit einem durchscheinenden, membranösen Sphacelus bedeckt, von dem ganz typische Kulturen gewonnen wurden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Lehre von der Hautdiphtherie, von E. Lack-Königsberg i. Pr. (Inaug.-Dissert. 1905.) Die Hautdiphtherie kann an allen Körperstellen vorkommen; besonders häufig lokalisiert sie sich an den Genitalien. „Das Diphtherieheilserum ist ein unschädliches und nie versagendes diagnostisches Hilfsmittel, um Hautaffektionen fraglicher Natur von denen, die durch den Diphtheriebazillus bedingt sind, zu trennen."

Fritz Loeb-München.

Über Wärmebehandlung des Ulcus molle, von Eduard Welander. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) W. rekapituliert in diesem Aufsatz seine früheren Mitteilungen über die Wärmebehandlung des Ulcus molle, ohne wesentlich Neues zu bringen. *Putsler-Danzig.*

Über extragenitale Ulcera mollia, von Conrad Siebert. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 48.) Verfasser beschreibt aus der dermatologischen Klinik in Breslau einen Fall von Ulcus molle am linken kleinen Finger bei einem Patienten, bei dem sonst keine geschlechtliche Erkrankung nachweisbar war. Die Diagnose wurde auf Grund der mikroskopischen und bakteriologischen Befunde gestellt. Was den klinischen Verlauf anbelangt, so handelte es sich in dem Falle zunächst um eine ulzeröse,

für nichts besonderes charakteristische Affektion; besonders auffallend war nur die grofse Schmerzhaftigkeit des Geschwüres selbst und die Neigung zu starkem peripheren Zerfall. Im weiteren Verlauf zeigte der Prozefs Neigung, sich subkutan nach einzelnen Richtungen hin fortzupflanzen, so dafs es zur Bildung einer tieferen Hauttasche und dann weiter an einer anderen Stelle zur Perforation nach aufsen an einer bis dahin noch intakten Hautstelle kam, daselbst unter Bildung eines neuen typischen Ulcus molle. —

Das makroskopische Aussehen der extragenitalen Ulcera mollia sei gewöhnlich so wenig charakteristisch, dafs dieselben vielleicht gar nicht so selten sind, als man allgemein annimmt, sondern dafs dieselben oft als solche nicht erkannt werden. — Was die Therapie der weichen Schanker anbelangt, sieht Verfasser in der Karbolsäure noch immer das Mittel, das sich gegen das Ulcus molle-Virus am besten bewährt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bemerkungen zur Behandlung der Leistendrüsenadenitiden infolge von weichem Schanker, von Migliorini. (*Rif. med.* 1905. Nr. 41.) In Anbetracht der ziemlich zweifelhaften Erfolge der operativen Behandlung der erweichten Leistendrüsen nach Ulcus venereum sind verschiedene Autoren auf eine andere Methode verfallen, die meist viel bessere Resultate liefert, besonders wenn es sich um multiple Läsionen handelt, die eine Operation unter Narkose erfordern und zudem selten eine prima intentio liefern. Die neue Methode, die vom Verfasser stets mit bestem Erfolge angewendet wird, besteht darin, dafs in die vereiterte Drüse mittels eines Bistouri eine kleine Öffnung praktiziert wird, wonach der Inhalt sorgfältig ausgepreſst und die Höhle mehrmals mit einer 1% Höllensteinlösung ausgewaschen wird, bis die eingelassene Flüssigkeit klar erscheint. Das Verfahren wird zunächst täglich, dann seltener wiederholt. Meist genügen sechs bis sieben Ausspülungen, selten wurden 14—15 erfordert. *C. Müller-Genf.*

Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen, von Richard Volk-Wien. (*Wien. Med. Presse.* 1905. Nr. 48 u. 49.) V. schildert im Eingange seiner Arbeit die Behandlungsmethoden der Bubonen, welche bisher an der Langschen Abteilung üblich waren. Aufmerksam gemacht durch die Erfolge, welche Klapp mit der lokalen Stauung bei entzündlichen Erkrankungen mittels Saugapparaten erzielt hat, entschlofs er sich, dieselben auch bei allen Arten von Bubonen in Anwendung zu bringen, mit Ausnahme der ulcerösen und serpiginösen, und zwar, wie Verfasser hervorhebt, mit ausgezeichnetem Erfolge. Die Technik der Stauung ist eine einfache. Klapp hat eine Menge praktischer Glasinstrumente angegeben, die für jede Körperstelle passen. V. empfiehlt einfache Glastrichter, welche mit Alkohol und Äther gereinigt und in 2—3% Karbollösung gelegt werden; ihre Cirkumferenz soll nach allen Seiten mindestens um etwa Fingerbreite gröfser sein, als das zu stauende Gebiet, und man setzt diese unter leichtem Druck auf die Haut. Eine Einfettung der Haut ist nicht nötig, dagegen ist Rasieren der Umgebung empfehlenswert, da dadurch einerseits die Stauung erleichtert wird, andrerseits dem Patienten Schmerzen erspart bleiben, welche durch das Anziehen der Haare leicht entstehen. Ist der Trichter aufgesetzt, so wird durch Ansaugen mittels einer gröfseren Glasspritze die Luft verdünnt und dann der Schlauch mittels einer Klemme abgeklemmt. Eine allgemein gültige Regel für die Stärke der Stauung läfst sich nicht aufstellen; vor allem hüte man sich zu stark zu stauen. Die Stauung darf keine intensiven Schmerzen hervorrufen; die Haut soll eine lebhaft rote Farbe annehmen, die in späteren Stadien und bei subakuten Entzündungen eine leicht bläuliche Beimischung erhält; der Kranke hat nur das Gefühl des Zuges, der Spannung; natürlich läfst sich bei den äufserst schmerzhaften Adenitiden eine leichte Schmerzempfindung während des Anziehens nicht vermeiden, doch verschwindet diese-

alsbald und der Patient fühlt sich während und nach der Stauung, die mutatis mutandis einmal bis zweimal ½ Stunde innerhalb 24 Stunden vorgenommen wird, wohler als vorher. Plötzliches, ruckweises Anziehen des Spritzenstengels vermeide man, weil schmerzhaft. Im Beginn und bei akuten Entzündungen kann man auch mit Pausen bis zu einer Stunde stauen, späterhin kann man die Zeit abkürzen. Die weitaus beste Prognose für die Stauungsbehandlung geben die akut entzündlichen Bubonen; sie bewährt sich in allen Fällen als glänzende Abortivbehandlung. Während andere Methoden im Stich lassen, bringt die Stauung, wie Verfasser durch Krankengeschichten beweist, solche diesen noch zur Resorption. Selbst wenn bereits Erweichung eingetreten ist, sind derartige akute und subakute Abscesse noch mit Stauung zur Rückbildung zu bringen, wenn nicht trotz der Behandlung stärkere Schmerzen und höheres Fieber (zwei bis drei Tage 38° und mehr) fortbesteht. Auch in dem einen oder andern Fall von strumöser Lymphadenitis blieb der operative Eingriff dem Patienten erspart, wenn die Stauung konsequent fortgesetzt wurde. Lassen die Schmerzen aber nicht nach, nimmt der Tumor an Gröfse zu, tritt andauerndes Fieber ein, so mufs man bei vorhandener Fluktuation dem Eiter Abflufs verschaffen. Nach der Punktion aber hat die Stauung auch noch ihre Berechtigung; kommt es nach der Punktion zu einer stärkeren Blutung, so setzt man nicht sofort den Trichter auf, sondern verbindet antiseptisch und wartet 24 Stunden, da häufig stärkere Blutungen auftreten. Ebenso wartet man, wenn die Haut über dem Drüsentumor stark gespannt und livid verfärbt ist; es wird dann nach Entspannung der Decke durch die Punktion ein feuchter Verband angelegt und nach 24 Stunden mit der Stauung begonnen, wobei anfangs nach jeder ¼ Stunde eine kleine Pause eintritt, um nicht durch Unterernährung geschwürigen, nekrotischen Zerfall der Haut zu bekommen. Besonderer Sorgfalt bedarf die Behandlung strumöser Bubonen; kommt es gleichzeitig oder nacheinander zur Einschmelzung mehrerer von einander getrennter Drüsen, so mufs an diesen vor der Stauung incidiert werden. Bei stärkerer Sekretion Einführung kurzer Drains aus gefaltetem Guttaperchapapier. Finden sich längere Fistelgänge, so wird beizeiten eine Gegenincision gemacht, in der Hoffnung, von der Mitte aus nach beiden Seiten eine Heilung herbeizuführen. Selbstverständlich sind nebenher alle zu Gebote stehenden Mittel gegen die Fisteln anzuwenden: Einlegen von Jodoformstäbchen, Einspritzungen 10%iger Jodoformemulsion, 1%ige Argent. nitric. Lösung, ¼—½%ige Kupferlösung, 10% Perhydrol usw. Erst wenn der Versuch mittels konservativer Stauungsmethode als mifslungen zu betrachten ist, ist der auf diese Weise nicht zu heilende Rest der Lymphadenitiden radikal zu operieren. Im ganzen hat V. innerhalb fünf Monaten 136 Lymphadenitiden behandelt; davon wurden geheilt:

8 durch Umschläge und anderweitige konservative Mafsnahmen;

5 durch Punktion und Injektion von Höllenstein;

47 durch Operation, darunter vier, die vorher erfolglos anderweitig behandelt waren;

58 wurden gestaut teils mit, teils ohne Punktion: davon mufsten zwölf nachträglich operiert werden.

V. bemerkt dazu, dafs die Stauungstherapie immer mehr an Boden gewinnt und will dieselbe fernerhin in jedem Fall versuchen. Seit Abschlufs der Statistik sind weitere 35 Fälle mit 50 Lymphadenitiden mit ähnlichem, guten Resultat behandelt worden, darunter einige, die trotz Fluktuation zur Resorption gelangten; bisher kamen nur drei zur Radikaloperation. V. hat auch bei Epididymitis die Stauungsmethode mit gutem Erfolg angewandt. Die Haut wird über dem erkrankten Nebenhoden mit der Hand angespannt und die Stauung unter Aufsetzen des Trichters auf denselben herbeigeführt; ist dies schmerzhaft, so wird der ganze Hoden unter einen gröfseren

Trichter gebracht. Selbst äufserst heftige Schmerzen, die durch gut sitzende Suspensorien nicht beseitigt wurden, liefsen nach zwei bis drei halbstündigen Stauungen — dieselben wurden gewöhnlich zweimal täglich je ½ Stunde ausgeführt und in der Zwischenzeit ein Horand angelegt — vollkommen nach. Günstige Resultate erzielte V. ferner mit der Stauungsbehandlung von Furunkeln und Karbunkeln. Ferner wurde ein Fall von fluktuirender Cowperitis, periurethrale Infiltrate am Perineum zur Resorption gebracht. Ermunternd waren die Versuche mit der Stauungshyperämie bei Sycosis simplex als Unterstützungsmittel; bei Trichophytia profunda liefs die Methode in Stich. Ob dieselbe bei Lupus erythematosus, Alopecia areata, Lupus vulgaris sich bewährt, mufs die Zukunft lehren. In einem Fall von Tendovaginitis und Periostitis luetica der rechten Hand, die auf Graues Pflaster und Jodkalium nicht zurückging, wurden die überaus heftigen Schmerzen wie das Infiltrat rasch beseitigt.

Putsler-Danzig.

Über Bubonenbehandlung, von Paul Richter-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 8.) Beginnen die Drüsen im Verlaufe eines weichen Schankers, eventuell eines Trippers — trotz prophylaktischer Behandlung — anzuschwellen, so läfst Verfasser zuerst kalte, später warme Umschläge machen und 10%ige Jodvasogen oder Jothionsalbe einreiben. Tritt keine Besserung ein, so macht Verfasser selbst Druckverbände, die täglich oder jeden zweiten Tag gewechselt werden. Beginnt trotzdem die Erweichung im Zentrum der Drüsen, so besteht hier nach Verfasser die beste Behandlung in der frühzeitigen Punktion und nachfolgender Einspritzung von 1—3%iger Perhydrollösung, die er „für ein geradezu ideales Mittel für die Behandlung der nach der Inzision der Bubonen entstandenen Mundhöhlen" hält. Verfasser habe mit dieser Methode in einer allerdings nur kleinen Anzahl von Fällen aufserordentlich schnelle Heilung erzielt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode, von Felix Moses. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 13.) Bericht über 25 auf der Krankenhausabteilung von Wechselmann in Berlin nach der Bier-Klappschen Methode behandelten Bubonen. Geheilt davon wurden bisher zwölf Fälle. Die Heilungsdauer betrug bei neun einfach suppurierten Bubonen fünf bis zwölf, bei drei strumöser Natur 19—25 Tage. Die noch in Behandlung befindlichen sind teils schwere Erkrankungsformen, teils erst einige Tage in Behandlung. Nachoperationen waren bis jetzt nicht nötig. Die Methode ist für die Patienten eine wesentlich angenehmere als die üblichen Verfahren und hat den grofsen Vorteil, dafs nur die kranken Partien der Drüse der Zerstörung anheimfallen. Bei genügender Aufmerksamkeit dürfte sich die Methode auch für die ambulatorische Behandlung eignen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Der maligne Furunkel nach den Fällen der Leipziger chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Trendelenburg in den Jahren 1896—1904, von Hermann Nerwasil. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Nach der Mitteilung einiger Krankengeschichten bespricht Verfasser zunächst die Ätiologie der malignen Furunkulose. In allen seinen Fällen, in denen überhaupt bakteriologisch untersucht wurde, fand sich Staphylococcus pyogenes aureus. Überhaupt hat sich in dem Inhalt von malignen Furunkeln nie etwas anderes finden lassen als Staphylokokken. Der maligne Furunkel ist zunächst eine rein lokale Infektion von aufsen her. Die Eitererreger gelangen durch direkte Überimpfung von einem eiterkokkenhaltigen Abscefs usw. in die Haut. Die Übertragung kann geschehen durch mit Eiter beschmutzte Kleider usw. Ekzeme, Irritationen der Haut haben für die Entstehung der Furunkel, benigne wie maligne, nur die Bedeutung prädisponierender Momente. Die Eingangspforte für die Eitererreger sind teils die Talgdrüsen und Haarbälge, teils die Schweifsdrüsen. Die Häufigkeit der Furunkelbildung resp. Überimpfung liegt sicher auch in der grofsen

Widerstandsfähigkeit der Staphylokokken. Fast drei Monate lang können sie der Austrocknung widerstehen und sterben in 5%iger Karbolsäurelösung erst nach 15 Minuten ab. Das mechanische Moment der Reizung der Umgebung des Anfangsfurunkels und das Eindrücken in das tiefer liegende Gewebe ist die Hauptursache. Die Hauptmasse der infektiösen Stoffe für den malignen Furunkel liefert wahrscheinlich der Anfangsfurunkel. Es ist daher auch nicht anzunehmen, daſs der Furunkel erst durch Mischinfektion zum bösartigen werde, denn im Anfangsfurunkel sowohl wie im späteren Stadium wurden fast nie Staphylokokken und Streptokokken zugleich gefunden, sondern fast nur Staphylococcus pyogenes aureus. Für die Malignität der Furunkel kommt in Betracht, daſs sich gerade an ihren Prädilektionsstellen ein Gewebe mit besonders reichlichen Drüsen, Venen und Lymphgefäſsen vorfindet. Ein solches Gewebe bildet jedenfalls einen günstigeren Nährboden für sie als jedes andere. Es finden sich auch an diesen Stellen breitere Lymphspalten. Der Sitz des malignen Furunkels ist meistens die Oberlippe. Von den acht, dem Verfasser zu Gebote stehenden Fällen hatten vier ihren Sitz an dieser Stelle, zwei an der Unterlippe, zwei an der Wange. Der maligne Furunkel befällt mehr das männliche Geschlecht. Die acht Fälle betreffen sämtlich männliche Patienten, drei unter 20, zwei über 20, drei über 30 Jahre alt. Die meisten Fälle kamen zur Behandlung im Frühjahr und Winter, also bei feuchter und kalter Luft. Häufigeres Vorkommen des malignen Furunkels bei einem besonderen Stand oder Gewerbe oder bei einer bestimmten Gesellschaftsklasse lieſs sich nicht nachweisen.

Symptome. Aus dem Anfangsfurunkel wird der Eiter von den Patienten gewöhnlich selbst entleert. Sehr bald treten plötzlich bedeutende Schwellungen der umgebenden Partien des Gesichtes ein, namentlich der Oberlippe. Sie wird bretthart und steht rüsselförmig vom Gesichte ab, wie beim Ulcus durum der Oberlippe. Ödem in der Nachbarschaft tritt bald ein. Fluktuation fehlt. Schmerzhaftigkeit der geschwollenen Stellen auf Druck. Bald werden die Erscheinungen stürmischer: Schüttelfröste, Erbrechen, Übelkeit, Durchfälle sind die sicheren Zeichen der Allgemeininfektion. Temperaturen bis zu 40,2°. Pulsbeschleunigung. Der Furunkel wird zum Karbunkel. Das Ödem des Gesichtes geht in eine brettharte Infiltration über. Trismus. Foetor ex ore. Zu ausgedehnter Gangrän und Verjauchung der Weichteile kommt es selten, weil meist vorher der Tod erfolgt. Die Atmung wird dann unregelmäſsiger und oberflächlicher. Somnolenz. Koma. Exitus. Die Krankheitsdauer betrug in den Fällen des Verfassers vom Beginn der schweren Erscheinungen bis zum Exitus: bei zwei Fällen zwei Tage, bei drei Fällen drei Tage und bei zwei Fällen vier Tage. Ein einziger Fall wurde geheilt. Bei der Sektion der tödlich verlaufenen Fälle wurden folgende Metastasen konstatiert:

1. Thromb. pur. ven. ophth.: einmal.
2. Periphlebitis und Thrombosenbildung in v. jug.: dreimal.
3. Sinusthrombose: viermal.
4. Lungenembolie mit Pleuritis: sechsmal.
5. Zahlreiche kleine Eiterherde im Masseter: einmal.
6. Pachy- und Leptomeningitis: fünfmal.

   Bei einem einzigen Fall fand sich keine Veränderung im Gehirn und seinen Häuten.
7. Metastasen im Herz: dreimal.
8. Metastasen in der Milz: fünfmal.
9. Metastasen in Leber und Nieren zugleich: viermal.
10. Abscefs in Niere: zweimal.

Prognose. Sie gilt von jeder als infaust. Auch die Prognose quoad valetudinem bei Abheilung des Furunkels ist infaust.

Therapie. Wenn irgend möglich, soll man versuchen, den sich entwickelnden Furunkel auf dem Wege der Abortivbehandlung zur Abheilung zu bringen, ehe er in die Tiefe weiter geht. Ist der charakteristische nekrotische Pfropf schon vorhanden, dann macht man den Furunkel unschädlich durch eine ganz kleine Spaltung oder Kauterisation mit einem spitzen Thermokauter.

Miramond empfiehlt Einreibung von 5—10 g Ungt. einer. durch ein bis zwei Minuten auf den Furunkel und 10 cm im Umkreis. (Ref. möchte einem Versuch mit Kollargol das Wort reden.) Das Messer ist in manchen Fällen kaum zu entbehren. Hebra hat Eisbehandlung empfohlen. Verfasser verwirft diese wie die Pinselungen mit Jodtinktur oder Jodoformkollodium. Von all den zur Abortivbehandlung empfohlenen Methoden gibt Verfasser der von Neubauer den Vorzug, nämlich der Behandlung mit 10%igem Salicylseifenpflaster. Handelt es sich deutlich um einen malignen Furunkel, so liegt die einzige Möglichkeit der Rettung in einer energischen Spaltung und Kauterisation. *Fritz Loeb-München.*

Die innere Behandlung der Furunkulose. (*Bollettino delle malattie ven. sif. e d. pelle.* 1905. Nr. 9 u. 10.) Diese innere Behandlung besteht neben Enthaltung von alkoholischen Getränken, von gesalzenen Speisen, wie Käse usw., in der Einnahme von Abführmitteln, als welches sich Hunyadi Bitterwasser am allerbesten bewährt haben soll. *C. Müller-Genf.*

Furunkel des Ohres mit Lymphangitis, von A. Broca. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 46.) Br. weist, von einem einschlägigen Falle ausgehend, darauf hin, dafs ein Furunkel des äufseren Gehörganges, wenn er mit starker retroaurikulärer Lymphangitis verbunden ist, eine Mastoititis vortäuschen kann; besonders schwierig kann die Diagnose werden, wenn bei einem Kranken mit chronischer Mittelohreiterung ein Furunkel im äufseren Gehörgang entsteht. Eine genaue Untersuchung wird jedoch in solchen Fällen stets zeigen, dafs der Warzenfortsatz frei ist und dafs Schwellung und Schmerzen in den retro- und periauriculären Weichteilen ihren Sitz haben; damit aber ist erwiesen, dafs es sich um einen Furunkel handelt. Bei starker Schwellung empfiehlt sich eine Inzision in der retroauriculären Furche. *Göts-München.*

Über günstige Beeinflussung eines Karbunkels durch Röntgenbestrahlung, von C. Eyler-Treptow a. R. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 52). Der vom Verfasser mit Röntgenbestrahlung behandelte Fall von Karbunkel betraf einen 62½jährigen Mann mit chronischen, seit mehreren Jahren bestehenden Herzbeschwerden. Der 18 cm breite, 7 cm lange Karbunkel safs im Nacken; die bis zum Rücken hin bretthart gespannte Nackenhaut verursachte erhebliche Schmerzen. In Anbetracht des Allgemeinzustandes des Patienten wurde von jedem operativen Eingriff abgesehen und nach einer durch palliative Behandlung erzielten subjektiven Besserung mit einer Röntgenbestrahlung bis zur leichten Rötung versucht. Sofort insofern Wendung zur Besserung, als die Temperatur von 38,1° auf 37,2° abfiel, der Puls sich hob, am Abend beim Verbandwechsel zum ersten Male auffallender Geruch infolge beginnenden Zerfalls des Karbunkels sich einstellte. Nach weiteren Bestrahlungen ist in dem anscheinend verzweifelten Falle durch die schnelle Einschmelzung ein günstiger Ausgang erzielt worden. Zustande kam dieselbe durch die stärker schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf das erkrankte Gewebe. Verfasser glaubt, dafs dabei wohl ein Zerfall der massenhaft in dem Karbunkel vorhandenen Eiterkörperchen anzunehmen ist, und aufser dieser direkten Wirkung der Röntgenstrahlen noch eine indirekte der Zerfallsprodukte, durch Bildung von Antitoxinen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Gesichtsfurunkel — metastatische Eiterungen (subphrenischer Abscefs), von Paul Manasse-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1906. Nr. 6.) Dafs der Gesichts-

furunkel gern bösartig verläuft und oft Metastasen macht, ist bekannt, aber selten ist als Metastase ein subphrenischer Abscefs, wie ihn M. bei einem 20jährigen Patienten reichlich ein halbes Jahr nach Auftreten eines Gesichtsfurunkels und vieler Metastasen in der Tiefe zwischen Zwerchfell und hinterer oberer Leberfläche nach Resektion der zwölften und elften Rippe in der Tiefe nur unter grofsen Schwierigkeiten freilegen konnte. Und nicht genug damit! Als dieser Abscefs schon lange geheilt war, mufsten fast drei Jahre später durch quere Spaltung der rechten Wange mehrere erbsen- bis bohnengrofse kortikale Granulationsherde entfernt werden.

In den vielen Abscessen, die bis zum Auftreten des gefährlichsten „inneren" Eiterherdes, des subphrenischen Abscesses, an allen Körperteilen auftraten, fanden sich Kokken von der Art der Staphylokokken; bei der Eröffnung der Abscesse fiel ein süfser Geruch auf. *Arthur Rahn-Berlin.*

Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei Pustula maligna, von G. De Rosa. (*Rivista medica.* Febr. 1906.) Die Prognose der Affektion gestaltet sich um so günstiger, je frühzeitiger die Diagnose gemacht werden kann. Das sicherste Mittel zu ihrer Erkennung ist der mikroskopische Befund von Anthraxbazillen in den Pusteln. Stammt der Patient aus einer Gegend, wo die Krankheit herrscht, oder handelt es sich um Hirten, Schlächter, Arbeiter, die sich mit der Manipulation von Häuten, Haaren, Hadern abzugeben haben, so ist stets an Pustula maligna zu denken, wenn sich die ersten, noch ganz unbestimmten Symptome der Krankheit zeigen. Die Behandlung mufs eine sehr energische sein: Entfernung des Infektionsherdes, energische Kauterisation, nachfolgende subcutane Injektionen von Karbolglycerin (Bacelli). Dies betrifft selbstverständlich die Fälle von Pustula maligna der Haut, während die intestinale Form der Affektion sozusagen ausnahmslos tödlich verläuft. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Holzphlegmone, von F. von Bönninghausen-Glandorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) Die Holzphlegmone, als Phlégmone ligneuse du cou von Reclus beschrieben, ist eine holzartige Entzündung des Bindegewebes des Halses, ist indolent, zeigt keine Neigung zur Erweichung und meist kein Fieber, wird oft durch Glottisödem und Behinderung des Schluckens bedenklich, führt aber zur Heilung. Ein solches eigenartiges Infiltrat nach einer sechs Wochen vorher stattgefundenen Zahnextraktion fand auch v. B. bei einer 20jährigen Patientin. Einige erweichte Stellen wurden eröffnet, ohne dafs eine wesentliche Entleerung stattgefunden hätte, im Gegenteil, die brettharte Infiltration blieb fast sechs Wochen bestehen, so dafs Patientin den Mund nur einen Zentimeter öffnen konnte. Erst später wurde es möglich, den Mund so weit zu öffnen, dafs es gelang, vom rechten unteren Backzahn die noch restierenden Wurzeln zu ziehen. Allmählich ging der Zustand, ohne direkt Beängstigungen zu machen, unter Gebrauch von Kal. jod. und Massage der infiltrierten Haut zurück. *Arthur Rahn-Berlin.*

Die Behandlung des Erysipels, von Bragagnolo. (*Rivista med.* 1904. Nr. 6.) Der Verfasser ist auch der Ansicht, dafs das Ichthyol die besten Erfolge bei dieser Affektion zu verzeichnen hat. Er wendet es in Form von Salben (mit Vaselin ää) an. Die neueren Methoden (Serotherapie, Injektionen von Serum von Erysipelatösen, Thermotherapie nach dem Vorschlage von Jerusalem usw.) vermögen dem Ichthyol seine Stellung in der Behandlung des Erysipels nicht streitig zu machen. *C. Müller-Genf.*

Anwendung des Mesotanvaselins, von J. Ruhemann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Hervorgehoben sei die günstige Beeinflussung des Gesichtserysipels durch Mesotanöl. Sie liefs sich auch bei Anwendung des Mesotanvaselins in überraschender Weise konstatieren. Verfasser konnte bei einer intensiven Gesichtsrose, welche eine Frau von 55 Jahren betraf, beobachten, wie unter dreistündlichem

Auftragen von Mesotanvaselin (3 + 10), welche bald subjektive Erleichterung schaffte, bereits nach 24 Stunden Schrumpelung der Haut und inselförmiges Ablassen der entzündeten Partien eintraten. Am dritten Tage begann völlige Abheilung, die an dem vierten vollkommen war. *A. Strauß-Barmen.*

Serum von Behring und Erysipel, von Mastri. (*Rif. med.* 1905. Nr. 37.) Der Verfasser hat drei Fälle von Erysipel, worunter einen besonders schweren, mit Injektionen von Behringschem Serum behandelt und empfiehlt die Methode als sehr einfach, wirksam und jedem Praktiker zugänglich. *C. Müller-Genf.*

Zur Pirogoffschen Kampferbehandlung des Erysipels, von Mayer-Simmern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) Pirogoff hat empfohlen, bei Erysipel stündlich bis zweistündlich 0,15 Camphora trit. zu geben und daneben durch Verabreichung von diaphoretischen Mitteln für reichlichen Schweißausbruch zu sorgen. M. wendet diese Methode, allerdings kombiniert mit äußerlicher Behandlung, seit 16 Jahren in allen Fällen von Erysipel, auch bei Wunderysipel an; die äußerliche Behandlung besteht in Pinselungen mit Ichthyol, Terpentinöl oder Argentumlösung, Umschlägen mit Liq. Alumin. acet. oder Thymollösung, Umzeichnung des Krankheitsherdes mit dem Argentumstifte. Mit dem Erfolge dieser Therapie ist M. sehr zufrieden. *Götz-München.*

Zur Therapie des Erysipels, von J. v. Kaczvinszky-Békésgyula. (*Gyógyászat.* 1905. Nr. 42.) Mit gutem Erfolg wurde Chinin verwendet, welches Mittel K. als die spezifische Arznei des Erysipels ansieht. Sechsstündlich werden per os oder subcutan 0,25 Chinin verabreicht, bis zwei bis drei fieberfreie Tage vergehen. Die Wirkung wird durch die antiseptischen Eigenschaften der chininhaltigen Lymphe auf den Streptococcus Erysipelatis erklärt. *B. Kollarits-Budapest.*

Zusammenstellung aller im Laufe der letzten zehn Jahre auf den dermatologischen Abteilungen des Lemberger Allgemeinen Krankenhauses behandelten Fälle von Rotlauf nebst darauf begründeten allgemeinen und therapeutischen Bemerkungen, von Joseph Krzyszkowski. (*Przeglad lekarski.* 1905. Nr. 51 u. 52.) Die Zusammenstellung betrifft 795 Fälle. Verfasser zieht aus derselben folgende Schlüsse: 1. Das Erysipel kommt bei den Frauen doppelt so oft wie bei den Männern vor. 2. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle betrifft das Gesicht und den Kopf. 3. Bei den Frauen ist das Erysipel der Extremitäten viel häufiger (18,9%) als bei den Männern (3,7%). 4. Die Fälle mit chirurgischen Komplikationen, die Wandererysipele und die mit tödlichem Ausgange sind überhaupt, ebenso bei Männern wie bei den Weibern, nicht häufig. 5. Die Therapie soll möglichst milde sein. Die Behandlung der Weiber dauerte im Durchschnitt 12,32, die der Männer 9,79 Tage. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das Erysipel, von Ed. Stadler-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 2.) Bei einem 29jährigen Mädchen, das vor mehreren Wochen unter den Erscheinungen einer perniciösen Anämie erkrankt war, trat drei Tage nach dem Beginn eines tiefen, auf den nahen Exitus hinweisenden Comas ein Gesichtserysipel auf. 1½ Tage später setzte eine überraschende Besserung ein, die in auffallend kurzer Zeit zum fast völligen Verschwinden sämtlicher Krankheitserscheinungen führte. Im Blute fanden sich vier Tage nach dem Beginn des Erysipels im Kubikmillimeter 3000 (!) kernhaltige rote Blutkörperchen, meist Normoblasten, die Gesamtzahl der Erythrocyten betrug 632000, die der weißen Blutkörperchen 6000, der Hämoglobingehalt 20%. 14 Tage später waren nur mehr vereinzelte kernhaltige rote Blutkörperchen nachweisbar. Die Zahl der Erythrocyten nahm stetig zu, sie betrug nach zwei Monaten 3776000 bei 80% Hämoglobingehalt; die Zahl der weißen Blutkörperchen, die unterdessen auf 4000 ge-

fallen war, stieg in der gleichen Zeit wieder auf 6000, davon waren 50,4% Polynukleäre, 48,1% Lymphocyten, 0,5% Übergangsformen, 1% Eosinophile. Obwohl alle sonstigen klinischen Krankheitserscheinungen geschwunden sind, mufs bei dem abnormen Verhalten der weifsen Blutkörperchen doch daran gezweifelt werden, dafs völlige Heilung eingetreten ist.

Nach dem ganzen Verlauf des Falles erscheint es sicher, dafs der plötzliche Umschwung im Krankheitsbilde durch das Erysipel verursacht worden ist. Dafs konstitutionelle chronische Krankheiten durch interkurrente Erysipele günstig beeinflufst werden können, ist in einzelnen Fällen schon beobachtet worden; so berichtet Kraus über die „Heilung" einer Leukämie und Richter über die allerdings nur kurz dauernde Besserung einer myelogenen Leukämie durch ein Erysipel. Auf welche Weise eine solche Beeinflussung zustande kommt, ist zurzeit noch nicht bekannt.

Götz-München.

Über Erysipel, von David O. Hancock-Handenson. (*Louisville Journ.* Jan. 1906.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, hebt Verfasser in seiner kurzen Beschreibung hervor, eine wie schwere und die Umgebung sehr beunruhigende Affektion das Erysipel, besonders des Gesichtes, ist und wie lange zuweilen die Rekonvalescenz sich hinzieht. Rückfälle sind häufig: auf je fünf Fälle wird ein Rezidiv von aufmerksamen Beobachtern angegeben; das Haar fällt oft aus, wird aber meist wieder durch frischen Nachwuchs ersetzt, Abscesse sind als Folgeerscheinung häufiger als während des akuten Anfalls, chronische Nephritis eine häufige Folge. Bekannt ist der heilende Einfluls, welchen das Erysipel zuweilen auf chronisches Ekzem, Lupus, auch auf Sarkome von beträchtlicher Gröfse ausübt. Komplikationen, wie ausgedehnte Eiterung, Pneumonie, akute Nephritis, Delirium tremens trüben die im allgemeinen günstige Prognose. Mit Recht stellt H. fest, dafs wohl wenige Krankheiten so „überbehandelt" werden, wie Erysipel, was wohl auch mit der Ängstlichkeit des Patienten und seiner Angehörigen zusammenhängt. Als beste Behandlungsmethoden erwiesen sich Ichthyolapplikation auf die erkrankten und Heftpflasterstreifen ringsum auf die umgebenden gesunden Teile, H. hat speziell gute Erfahrungen mit Carbol-Glycerin, abwechselnd mit Pikrinsäure-Glycerin, innerlich Calomel als Purgans, späterhin (in der Rekonvalescenz) Eisen mit Chinin in grofsen Dosen und reichlichster Ernährung.

Stern-München.

Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Elephantiasis, von Ludwig Bolle. (Inaug.-Dissert. Kiel 1905.) Bericht über zwei Fälle, bei denen vollkommen nach den Angaben Helferichs vom Jahre 1888 verfahren wurde, indem neben der Operation an sich ein grofser Wert auf die Vorbereitungen zu derselben wie auf die Nachbehandlung gelegt ist. *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 7. 1. Oktober 1906.

Aus dem Laboratorium von Dr. E. Heuss, Privatdozent für Hautkrankheiten in Zürich.

Über einige Tropenkrankheiten der Haut.

Von

Dr. med. Oscar Henggeler,
Chefarzt der medix. Abteilung am Theodosianum in Zürich.

II. Tinea imbricata.

Mit zwei Tafeln.

Wenn ich im Anschluſs an meine Arbeit über Frambösie (vide *Monatshefte für prakt. Dermatologie* Bd. 40, S. 235) an die Beschreibung der Tinea imbricata gehe, so bin ich mir wohl bewuſst, daſs ich nichts wesentlich Neues zu bringen vermag. Ich würde denn auch von der Schilderung dieser Tropenkrankheit der Haut Abstand genommen haben, wenn nicht einige zum Teil irrtümliche, zum Teil zweifelhafte oder sich direkt widersprechende Mitteilungen in der einschlägigen Literatur sich vorfänden, die ich auf Grund meiner Erfahrung zu berichtigen in der Lage bin. Ich möchte das Wichtigste zusammenstellen, was die medizinische Literatur über die Tinea imbricata bietet, und damit die Beobachtungen vergleichen, welche ich selbst während meines achtjährigen Aufenthaltes in den Tropen gemacht habe.

Definition. Die Tinea imbricata ist eine durch einen bestimmten Pilz hervorgerufene kontagiöse, juckende, mit reichlicher Schuppenbildung einhergehende Oberhauterkrankung, die sich durch Auftreten von Efflorescenzen auszeichnet, die in regelmäſsigen konzentrischen Ringen angeordnet sind.

Das Verbreitungsgebiet der Tinea imbricata erstreckt sich über die tropischen Gegenden Ostasiens und Polynesiens. Das Zentrum des Krankheitsherdes dürfte der malayische Archipel sein, von wo aus sich die Krankheit auf die verschiedenen Inseln der Südsee und auf Hinterindien und Südchina ausgebreitet hat. Vorderindien ist noch ziemlich frei, denn nach Plehn ist Tinea imbricata nur in Burma, Chittagong und

Bengalen beobachtet. Aus afrikanischem Gebiet liegen nur aus Nossi Bé und der flachen Küste von Madagascar Berichte über das Vorkommen von Tinea imbricata vor; Amerika schien bis dahin gänzlich verschont geblieben zu sein, bis vor kurzer Zeit PARANHOS und LEME die erste Nachricht über das Vorkommen der Tinea imbricata in Brasilien gaben.

In den betroffenen Gegenden tritt die Krankheit im allgemeinen in grofser, wenn auch wechselnder Häufigkeit auf. Auf seiner Forschungsreise bei den Inlandstämmen der malayischen Halbinsel konstatierte Prof. R. MARTIN-Zürich die Tinea imbricata bei 20% der Männer und 11% der Frauen, während LEECH (nach MARTIN) für die Senoi im Kintadistrikt, allerdings nur nach Schätzung, 90% angibt; bei den Semang aus Ulu Perak fand MARTIN 50% der Bewohner an Tinea imbricata erkrankt.

Auch die Herren SARASIN berichten von Celebes, dafs bei einzelnen Inlandstämmen eine Hauterkrankung sehr häufig auftrete, welche nach der Beschreibung wohl als Tinea imbricata anzusprechen ist.

Zusammen mit Prof. MARTIN habe ich von meinem Standplatz in Tebing tinggi (Deli Sumatra) aus eine kleine Niederlassung von Battakern auf der Grenze von Bahsoemboe-Estate besucht, wo alle Mitglieder der drei Familien, Kinder und Erwachsene, ca. 15 Personen von Tinea imbricata befallen waren. Ähnliche Herde fanden sich noch mehrere in dieser Gegend.[1]

Im Küstengebiet von Deli-Sumatra sah ich Tinea imbricata nur ausnahmsweise, sowohl unter den Malayen, als auch unter der zahlreichen chinesischen und javanischen Kulibevölkerung, welche meiner ärztlichen Aufsicht unterstellt war. In mehreren dieser Krankheitsfälle kamen als mutmafsliche Infektionsquellen gerade die erwähnten Battak-Kampongs in Frage.

---

[1] Anmerkung. Herr W., der ehemalige Besitzer von Bahsoemboe-Estate, ein mit den Battakschen Verhältnissen gut vertrauter Mann, der selbst zwei Battak-Dialekte sprach, versicherte mir, dafs die Bewohner dieser Niederlassungen ursprünglich aus dem Rajagebiet stammen, und dafs sie oben in den Bergen an dieser Art „Ringwurm" erkrankt waren. Aus Furcht vor Weiterverbreitung dieser Krankheit seien dann diese Battaker von den Dorfgenossen des Landes aus dem Stamme der Raja verwiesen worden, und mufsten sich weiter unten am Flufsufer ansiedeln, damit sie Gelegenheit hätten, sich durch häufiges Baden von ihrer Krankheit zu befreien. Die Leute selbst, deren ganzer Körper von der Tinea imbricata ergriffen war, kamen häufig zu mir, um Mittel zur Heilung ihrer entstellenden Krankheit zu verlangen; sie konnten sich aber nicht dazu verstehen, sich einer Spitalbehandlung zu unterziehen, die bei der grofsen Ausdehnung des Leidens allein Aussicht auf Erfolg geboten hätte. Für den Fall der Heilung versprachen die Leute, zwei Jahre lang ohne Bezahlung — nur gegen leiblichen Unterhalt — in meinem Dienste arbeiten zu wollen. Bei der grenzenlosen Faulheit der Leute, und dem bewunderungswürdigen Appetit derselben wäre das Honorar kein allzu reichliches gewesen!

In andern Gegenden des Archipels verhält es sich mit der Häufigkeit des Auftretens der Tinea imbricata ganz ähnlich; gewisse Bezirke und Ortschaften sind arg durchseucht, während andere Gebiete wieder frei davon sind; und zwar sind im allgemeinen die Küstenlandschaften viel weniger ergriffen, als die gebirgigen Gegenden. Das häufige Auftreten der Tinea imbricata in gewissen Bezirken des Innern läfst sich wohl am einfachsten und ungezwungensten erklären aus den Lebensgewohnheiten der betreffenden Bewohner: wo die Leute selten oder gar nicht baden, — sei es aus „angestammter" Unreinlichkeit oder wegen fehlender Badegelegenheit in gebirgigen Gegenden — sind eben die Bedingungen für die Ausbreitung der Tinea imbricata, wie viele Hautkrankheiten überhaupt, gegeben.

Die Krankheit führt in Deli-Sumatra den malayischen Namen Gorap (auch Kurap oder Korap geschrieben), welches übrigens auch die Bezeichnung für den dort ebenfalls vorkommenden Tropenringwurm ist. In Borneo wird die Krankheit Lusung oder Korab-besi genannt, auf den Molukken Cascadoe, auf den Gilbertinseln Gune oder Kune-Kune. Von den Gilbertinseln wurde die Tinea imbricata nach den Tokelauinseln verschleppt, weshalb das Leiden von den französischen Autoren auch Tokelau-Ringwurm oder kurzweg Tokelau genannt wird. Als Infektionsquelle für Samoa wird ein Eingeborener im Dienste der Mission, namens Peter, angesehen, weshalb auf Samoa neben der Bezeichnung Lafa oder Lafa-Tokelau auch der Name Pita (Verstümmelung von Peter) aufkam. KRÄMER, der eingehend die Geschichte und die Verbreitung der Tinea imbricata auf den Südseeinseln bespricht, und SCHEUBE führen aus den Südseeinseln noch folgende Bezeichnungen für die Tinea imbricata an: Gogo (Marschallinseln); e gomogom oder Etemane (Nauru) Tatofat (Karolineninseln Yap), Kilinai (Ponape und Pinglap) usw. Häufig kommt die Tinea imbricata auch unter den Eingeborenen von Borneo vor, weshalb sie bei den Holländern auch als Dajakschurft (Dajak-Krätze) bezeichnet wird, während die Benennung Huidklei nach dem Vorschlage von POMPE VAN MEERDERVOORT, dem ältesten holländischen Autor über Tinea imbricata wohl nicht mehr gebraucht wird. KRÄMER belegt die Tinea imbricata mit dem Namen Schuppen-Ringwurm und die Tinea circinata (Tropen-Ringwurm) mit dem Namen Borken-Ringwurm, Bezeichnungen, die mir schon deshalb nicht glücklich gewählt scheinen, weil auch die Tinea circinata, eine echte Trichophytie, speziell am Rumpfe mit Schuppenbildung einhergehen kann (Herpes tonsurans squamosus!)

Der wissenschaftliche Name Tinea imbricata stammt von MANSON, der sich um die Erforschung und Beschreibung des Krankheitsbildes in erster Linie verdient gemacht hat; der Vorschlag von ROUX, die Krankheit

deshalb als Herpès de MANSON zu bezeichnen, ist nicht durchgedrungen, und auch TAMSONS Vorschlag, der Krankheit den Namen: Dermatomykosis chron. figurata exfoliativa seu Dermatomykosis koerab beizulegen, fand keinen Anklang.

Klinisches. Über die Anfangsstadien der Erkrankung, welche dem Arzte selten zu Gesicht kommen, geben uns die Impfversuche von MANSON, NIEUWENHUIS u. a. den besten Aufschluſs.

Nach MANSON und NIEUWENHUIS entsteht an der Impfstelle erst ein bräunlicher, leicht erhabener Flecken, während TRIBONDEAU geradezu von einer Papel oder einem Bläschen spricht.

Zirka neun Tage nach der Impfung reiſst die Hornschicht des Flecks resp. der Papel in radiärer Richtung ein, beginnt im Zentrum sich etwas abzuheben und nach auſsen aufzurollen, während das periphere Ende mit der gesunden Haut in Verbindung bleibt. So entsteht ein erster Ring von feinen Schuppen. Nach MANSON bildet sich dieser Schuppenring vom 17. Tage an und miſst $^3/_8$ Zoll im Durchmesser. MANSON beschreibt ihn folgendermaſsen: „Bei genauer Untersuchung erweist sich die einzelne Efflureszenz aus einer Reihe von konzentrischen Ringen zusammengesetzt. Bei der Betrachtung von auſsen nach innen fortschreitend sind es: 1. ein bräunlich roter Ring, ungefähr $^1/_{16}$ Zoll breit, der augenscheinlich unter der Epidermis liegt, 2. ein roter erhabener Ring, auf dessen Höhe ein vollständiger Kreis von zarten Schuppen, deren freies Ende zentralwärts sieht, sich erhebt, 3. ein blasser Ring mit glänzender Oberfläche, der 4. einen zentralen braunen, leicht erhabenen Fleck von $^1/_8$ Zoll Durchmesser umgiebt.“ Während nun der erste Ring immer mehr zentrifugal sich ausdehnt, — das Wachstum beträgt per Woche etwa 1 cm im Durchmesser — bildet sich aus dem sub 4. erwähnten zentralen Flecken ein zweiter Ring. Am 24. Tage ist nach MANSON bereits ein dritter Ring in Bildung begriffen, am 29. Tage ein vierter Ring, am 36. ein fünfter Ring usw., wie wenn man, nach BONAFFYS treffendem Vergleich einen Stein ins Wasser wirft.

Aus der geschilderten Art der Entwicklung erklärt sich ohne weiteres das klinische Bild, wonach die Ringe ganz regelmäſsig konzentrisch angeordnet, die Schuppen mit ihrem peripheren Ende an die untenliegende Haut fixiert sind, während ihr freies Ende nach dem Zentrum zu von der Unterlage abgehoben ist. Der Finger, der von der Peripherie nach dem Zentrum hinstreicht, würde also die Schuppen niederdrücken, in umgekehrter Richtung aber aufstellen, ähnlich wie dies etwa beim Hinstreichen über die Schuppen eines Fisches der Fall wäre. Die Ringe sind etwa 0,8—1,2 cm von einander entfernt, zu weit, als daſs die Schuppen sich wirklich dachziegelartig decken würden, wie der Name imbricata (imbrex — der Dachziegel) andeutet. Übrigens sind die Schuppen sehr verschieden

grofs; sie können nach MANSON 1,2 cm breit und 0,3 cm lang sein; ihre Farbe ist weifs oder graulich, etwa wie Seidenpapier; oft ist auch ein schmutzig gelber Farbenton beigemischt, der nach MANSON durch den Farbstoff des die Krankheit erregenden Pilzes hervorgerufen ist. Die entzündlichen Erscheinungen am Rande des Schuppenringes sind sehr gering, ja meist so unbedeutend, dafs sie auf der braunen Haut der Eingeborenen kaum erkannt werden können.

Nach TRIBONDEAU sollen sich von einer Impfstelle aus nur vier konzentrische Ringe bilden, MANSON hat am 36. Tage einen fünften Ring in Bildung begriffen gesehen, und wer meine Abbildung 2 (an einzelnen Stellen) und besonders das von KOCH (vide *Arch. f. Derm. und Syph.* Bd. LIX 1902 Heft 1, und SCHEUBE, *Handbuch der Tropenkrankheiten*, 3. Aufl. 1903) „abgebildete Papuakind aus Neu-Pommern mit beginnendem Tinea imbricata" aufmerksam betrachtet, wird erkennen, dafs sich auch acht und mehr konzentrische Ringe bilden können.

Bis anhin haben wir nur die Anfangsstadien der Tinea imbricata betrachtet, wie uns deren Bild durch die Impfversuche von MANSON und anderen gezeichnet worden ist.

Bei den Patienten aber, die sich dem Arzte vorstellen, ist das Bild multiformer, entsprechend den zahlreicheren Herden verschiedensten Alters. Von jedem Infektionsherd aus haben sich konzentrische Ringe gebildet, die an den Berührungsstellen ineinander übergehen, und zwar so, dafs sie sich gegenseitig auswischen, ähnlich wie bei der Psoriasis figurata. So kommen oft prächtige, Tätowierungen ähnliche Formationen zu Stande, wie Abbildung 2 es darstellt. In anderen noch hochgradigeren Fällen ist die Ringzeichnung fast ganz verwischt; die ganze Körperoberfläche scheint wie mit kleienförmigen Schuppen gleichmäfsig bedeckt; es entstehen Bilder, die der Ichthyosis sehr ähnlich sehen, und damit gewifs auch schon verwechselt worden sind.[2]

---

[2] Anmerkung. Es war mir in Indien geradezu auffallend, wie oft von den Laien von der Fischschuppenkrankheit gesprochen wurde, und auch in neueren Reisebeschreibungen, ja sogar in der neuesten (1905) Auflage des LESSERschen Lehrbuches der Hautkrankheiten wird erwähnt, dafs Ichthyosis in den Molukken endemisch vorkomme. — Ich habe Jahre lang auf Ichthyosis gefahndet, mufs aber gestehen, dafs ich keinen einzigen Fall von echter Ichthyosis gesehen habe. Was mir etwa von befreundeten Pflanzern als Fischschuppenkrankheit zur Untersuchung zugeschickt worden war, erwies sich stets als Tinea imbricata. Damit will ich natürlich nicht sagen, dafs Ichthyosis im malayischen Archipel vollständig fehle, aber sicher ist diese Krankheit dort aufserordentlich selten, wohl noch seltener als in Europa.

Die Abbildungen, welche R. KOCH seiner Abhandlung über Frambösie und Tinea imbricata beigefügt hat, enthalten ein Bild (Taf. III), auf dem man aus der Affektion am linken Arm, der das frambösiekranke Kind haltenden Person, vielleicht auf Ichthyosis schliefsen könnte. Leider fehlen nähere Data.

Tribondeau will zwei besondere Formen der Erkrankung unterscheiden: eine in Form von dunklen flachen Ringen und eine zweite Form mit Schuppenringen, die er als „collerettes brillantes“ beschreibt. Ich kann dieser Unterscheidung von zwei Krankheitstypen nicht beistimmen, und wir dürfen wohl annehmen, dafs die erste Form von Tribondeau einem Falle entspricht mit spärlichen Schuppen (die durch Reiben, Waschen usw. entfernt waren), während bei der zweiten Form die Schuppen reichlicher vorhanden sind und fester haften. Abbildung 1 meiner Fälle würde uns also wahrscheinlich die zweite Krankheitsform von Tribondeau zeigen, und Abbildung 2 (wo die Schuppen durch Seifeneinreibung entfernt waren) die erste Form.

Die Krankheitsherde heben sich scharf von der gesunden Haut ab; die Abgrenzung gegen die normale Haut wird von dem bräunlich roten, oben erwähnten Ring gebildet, der eine hellere Partie umschliefst. Die Schuppen verleihen dem Krankheitsherd ein aschgraues bis schmutzig graugelbes Aussehen; nach Entfernung der Schuppen ist die Färbung eine leicht rötliche. Jeanselme betrachtet dies als deutliches Zeichen einer Entzündung. Mir will scheinen, dafs diese Rötlichfärbung der erkrankten Hautpartien kaum als entzündliches Erythem aufzufassen ist, zumal andere entzündliche Erscheinungen (Ödem, Temperaturerhöhung usw.) fehlen. Wir können diese rötliche Verfärbung ganz ungezwungen erklären durch ein stärkeres Durchschimmern der Blutfarbe infolge der Verdünnung der der Hornschicht teilweise entblöfsten Epidermis und infolge der Verminderung des Pigmentgehaltes im Bereiche der Krankheitsherde. Diese auf Verminderung des Pigmentgehaltes beruhende Hellerfärbung der erkrankten Partien kann längere Zeit nach der Heilung bestehen bleiben, anderseits auch, wie Nieuwenhuis hervorhebt, einer oft sehr lange persistierenden Hyperchromatie Platz machen. Gewöhnlich ist jedoch die Vitiligo ähnliche Aufhellung der Haut schon wenige Monate nach Ablauf des Krankheitsprozesses spurlos verschwunden, und die Haut hat wieder ihr normales Aussehen angenommen.

Die Tinea imbricata kommt überall auf der Körperoberfläche vor, wenn auch je nach Lokalisation mehr oder weniger häufig. Eigentliche Prädilektionsstellen kennt sie nicht. Nach meinen eigenen Beobachtungen sind in erster Linie der Rumpf, sowie die Arme ergriffen; andere Autoren haben häufiger die Beine erkrankt gefunden.

Von den meisten Autoren wird darauf aufmerksam gemacht, dafs die Genitalien fast stets frei bleiben, und auch die Inguinalgegenden, die Kniekehlen, Achselhöhlen und Ellbogenbeugen seltener befallen werden. Inwiefern diese Mitteilung Tribondeaus und Scheubes richtig ist, kann ich nicht entscheiden, da ich nur Fälle in Behandlung bekam, die schon weit vorgeschritten waren, und die stets auch an der einen oder andern

dieser letzten Körperregionen Krankheitsherde aufwiesen. Sehr selten ist, wie auch JEANSELME, MANSON u. a. bemerken, das Capillitium befallen. Ich verfüge über eine einzige Beobachtung, wo die Krankheit, und zwar erst sekundär durch Übergreifen vom Nacken aus, sich bis zur Wirbelhöhe ausbreitete. Das klinische Bild der Erkrankung im Gebiete des Capillitiums bot keine Abweichungen dar; zu einem Ausfall der Haare oder zu Veränderungen an den Haaren war es nicht gekommen, und ebensowenig in Fällen, wo Achselhöhlen und Pubes ergriffen waren. Wenn KÖNIGER meint, dafs zwar die Haupthaare erhalten bleiben, die „Körperhaare" aber durch den Pilz zerstört werden, so steht seine Ansicht vereinzelt da, ob nun mit dem Ausdruck „Körperhaare" nur die Lanugohaare oder (unwahrscheinlicher) auch die Wurzelhaare von Achselhöhlen, Pubes gemeint sind.

Ich selbst habe niemals ein Erkranktsein der Palmae und Plantae beobachtet. Dagegen berichtet JEANSELME über Fälle, wo diese Körperregionen ergriffen waren; er schreibt: „Entgegen dem Befunde bei der echten Ichthyosis sind die Handteller und Fufssohlen oft mit einer dicken Hornschicht bedeckt, die an den Interphalangealfalten eingerissen ist. An der Ferse kann diese Verdickung, die wie Schiefer geblättert ist, mehr als 1 cm dick werden." Auch PLEHN übernimmt ohne weitere Kritik diese Mitteilung JEANSELMES.

Die Beschreibung, die JEANSELME von der Erkrankung der Handteller gibt, ist nicht ganz klar, der mikroskopische Nachweis von Pilzen wurde anscheinend nicht gemacht, so dafs ich es bei dieser vereinzelten Beobachtung dahingestellt sein lasse, ob nicht eine andere klinisch ähnliche Affektion vorliegt, z. B. Ichthyosis palmaris oder vielleicht jene Affektion, welche in Niederländisch-Indien den Namen Blah führt, und von welcher ich in meiner Abhandlung über Frambösie (Seite 273 *dieser Zeitschrift* Jahrg. 1905) bereits gesprochen habe. Dafs die von JEANSELME beschriebene Affektion der Handteller und Fufssohlen etwa auf eine Trichophytieerkrankung zurückzuführen wäre, was man auch noch in Erwägung ziehen mufs, halte ich wegen des abweichenden klinischen Bildes für unwahrscheinlich.

Auch eine Erkrankung der Nägel, sowohl der Finger, wie auch der Zehen, habe ich nie gesehen; TRIBONDEAU bemerkt ebenfalls, dafs die Nägel wie auch die Haare stets verschont bleiben. Durch mündliche Mitteilung weifs ich von Prof. R. MARTIN, dafs er auf seiner Forschungsreise bei den Inlandstämmen der malayischen Halbinsel unter den genau anthropometrisch gemessenen (die Messung erstreckte sich auch auf die Finger) Individuen, welche mit Tinea imbricata behaftet waren — ca. 25 — ebenfalls niemals Veränderungen an den Nägeln beobachtet hat. JEANSELME dagegen beschreibt folgende Veränderungen an den Nägeln

(S. 260): „Die Nägel sind grau und matt längsgestreift, und oft wie abgenagt (effrités), vom Nagelbett durch eine beträchtliche Verdickung der Epithelschicht abgehoben. Sie platten sich ab und werden oft sogar ausgehöhlt (s'excavent en cupule), besonders an den Zehen. Ihr freier Rand ist usuriert, keilförmig abgeflacht auf Kosten der äufsern Schicht, oft selbst gezähnt, denn der Pruritus ist eines der hervorstechendsten Symptome des Tokelau." Schon früher hat auch MANSON über eine Erkrankung der Nägel bei der Tinea imbricata berichtet, ohne eine nähere Beschreibung zu geben. Der Ansicht dieser zwei vortrefflichen Beobachter — MANSON und JEANSELME — möchte ich aber doch einige Zweifel entgegensetzen. Einesteils würde es doch wirklich befremden — wie auch KAYSER in seiner Rezension des „Cours de dermatologie exotique" mit Recht hervorhebt —, dafs die Nägel erkranken würden bei einer Affektion, die die Haare verschont; anderseits bietet die Beschreibung der Nägelerkrankung durch JEANSELME nichts Charakteristisches, und es fehlt auch hier der Nachweis der Pilzelemente.

Was die Ausgangsstelle der Tinea imbricata anbetrifft, so berichtet TRIBONDEAU, dafs die Krankheit in zehn Fällen seiner 16 Beobachtungen an den Beinen begonnen habe. NIEUWENHUIS führt an, dafs die Tinea imbricata häufig von den Nates ausgehe, wahrscheinlich erfolge also die Infektion durch Sitzen auf schmutzigen Fufsböden usw. Nach meinen eigenen Beobachtungen ist dagegen (wie schon oben erwähnt) in erster Linie der Rumpf ergriffen, nebst den beiden Armen.

Oft möchte man an eine gewisse Symmetrie im Auftreten der Krankheitsherde glauben. Aber mit NIEUWENHUIS, der auch darauf aufmerksam macht, sehe ich darin keine nervösen oder andere konstitutionellen Einflüsse, sondern diese Neigung zur Symmetrie hat wohl bei der Tinea imbricata (wie z. B. auch bei der Psoriasis, dem Ekzem usw.) ihre Ursache in dem gleichartigen anatomischen Bau der betr. Hautpartien, der gleichartigen chemischen Reaktion, der gleichartigen Neigung zum leichten Aufscheuern durch die Kleidungsstücke usw.

Nach den Beobachtungen der verschiedenen Autoren und auch von mir greift die Tinea imbricata niemals auf die Schleimhäute, z. B. der Lippen und der Nase, über.

Allgemeinerscheinungen fehlen mit Ausnahme des Juckens gänzlich. Die Mitteilung in „Krankheiten der Haut von NEISSER und JADASSOHN", dafs im akuten Stadium häufig hohes Fieber und starke Allgemeinsymptome bestehen, habe ich niemals bestätigt gefunden, und auch in der Literatur steht diese Ansicht vereinzelt da.

Das Jucken dagegen ist oft recht heftig. Bei dem häufigen Kratzen werden die Schuppen in oft erstaunlicher Menge abgelöst. Kratzeffekte sind häufig zu sehen. Selbstverständlich ist es, dafs durch das Kratzen

eine sekundäre Infektion der Haut, speziell mit Staphylokokken usw. zu Stande kommen kann; JEANSELME beobachtete, dafs infolge des Kratzens bei Tinea imbricata die Haut das Aussehen von Lichen oder selbst von Mycosis fungoides annahm, und dafs Inguinalbeugen und Achselhöhlen grofse Drüsenpakete zeigten. Dafs das lebhafte Jucken zu Störungen des Allgemeinbefindens, zu Schlaflosigkeit usw. Veranlassung geben kann, ist selbstverständlich, habe ich aber niemals beobachtet. Die Tinea imbricata ist bei den Eingeborenen nicht etwa wegen der Belästigung durch das Jucken gefürchtet, sondern wegen der wirklich oft sehr beträchtlichen Entstellung. Patienten mit Tinea imbricata, welche in meinem Hospital aufgenommen waren, wurden denn auch von den Mitpatienten viel mehr gemieden, als z. B. Lepra- oder Syphilispatienten.

Die Krankheit hat keine Neigung zu spontaner Heilung, und durch Überstehen der Krankheit wird keine Immunität erworben. Sich selbst überlassen, dehnt sich die Krankheit rasch aus, so dafs nach Angaben von meinen Patienten ein Flecken von Handtellergröfse durch Aussaat von Tochterherden sich innerhalb ein bis zwei Jahren fast über den ganzen Körper verbreiten kann.

Vorkommen und Ätiologie. Die Tinea imbricata kommt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern vor. Ich habe sie ebenso oft bei Frauen, wie bei Männern gesehen; nach MARTIN ist sie häufiger bei Männern. Bei Europäern habe ich die Tinea imbricata niemals angetroffen, was wohl an ihrer gröfseren Reinlichkeit, dem regelmäfsigen Gebrauch von Seife usw. liegt. Absolut geschützt gegen die Tinea imbricata sind sie aber keineswegs, was die erfolgreichen Impfversuche von NIEUWENHUIS beweisen.

Die Übertragung kann natürlich direkt und indirekt auf alle mögliche Weise erfolgen: gemeinsam benutzte Kleider, Schlafstätten usw. sind sicherlich bei den „Familienepidemien", wie ich sie bei den Battakern gesehen habe, von grofser Bedeutung. Starkes Schwitzen und dadurch bedingte Auflockerung der Hornschicht schafft günstige Infektionsbedingungen. Wenn die Tinea imbricata zwar auch von den Eingeborenen als eine ansteckende angesehen wird, so darf es uns doch nicht Wunder nehmen, dafs als Ursache derselben die verschiedensten „Diätfehler" angegeben werden. Mir scheint es geradezu bezeichnend für den naiven Volksglauben, wenn überreicher Genufs von Fischen beschuldigt wird, diese Fischschuppen ähnliche Hautaffektion hervorzurufen. Wenn Unterlassung des täglichen Bades, überhaupt Unreinlichkeit als Ursache genannt wird — wie ich es z. B. auch von Battakern hörte —, so nähert sich diese Vorstellung schon mehr unsern Kenntnissen von der Übertragbarkeit der Tinea imbricata.

Durch TILBURY FOX wurde zum erstenmal (1874) als Ursache der

Tinea imbricata ein Pilz nachgewiesen, der dann (1879) durch MANSON näher beschrieben wurde. MANSON war auch der erste, der mit aller Sicherheit feststellte, dafs die Tinea imbricata eine Krankheit sui generis sei und nicht etwa eine durch Klima und andere äufsere Bedingungen abgeänderte Form des Herpes tonsurans.

MANSON beschreibt den Erreger der Tinea imbricata als einen Trichophytonpilz, der sich von unserm Trichophyton tonsurans unterscheide durch die weniger zahlreichen Abschnürungen der meist langen Pilzfäden, und durch die ovale Form der Gonidien, und dann besonders auch durch ein viel massenhafteres Vorkommen der Pilzelemente in den Schuppen.

In neuerer Zeit haben TRIBONDEAU, BLANCHARD und WELMER sich um die morphologische Untersuchung des Pilzes der Tinea imbricata verdient gemacht. BLANCHARD benennt den Pilz Trichophyton concentricum und erklärt ihn als mit dessen Ectothrixformen verwandt. TRIBONDEAU bezeichnet ihn als Lepidophyton, und hält ihn für Aspergillus ähnlich; auch SABOURAUD zählt ihn zu den Aspergilloiden. Durch Vermittlung von TRIBONDEAU erhielt auch WELMER, der Verfasser einer Monographie der Aspergilluspilze, Schuppen der Tinea imbricata zur Untersuchung. Dieser Autor kommt zum Schlufs, dafs der Pilz der Tinea imbricata ein echter Aspergillus sei. WELMERS Resultate lauten folgendermafsen:

„Mycel: farblose, sehr zarte, 1—2 μ dicke, zwischen den Epidermiselementen wuchernde septierte Hyphen. Conidienträger, meist mikroskopisch klein (100 μ), auch gröfser (ca. 500 μ, selbst bis 900 μ), mit schwach bräunlich gelben Köpfchen, deren Durchmesser gewöhnlich bei kleinen Exemplaren 8—12 μ, bei gröfseren bis 30 μ und selbst bis 100 μ beträgt. Mycelfaden einfach, seltener unregelmäfsig verzweigt, farblos, glatt, dünnwandig (bis 0,5 μ), weitlumig (5—13 μ dick), nicht septiert (Septen als Ausnahme zumal an verzweigten Stielen). Blase mehr oder weniger keulig (6—10 μ Durchmesser bei kleinen, bei gröfsern Trägern bis 30 μ), farblos, glatt, mit mäfsig verdickter Wand (0,5 μ). Sterigmen unverzweigt, flaschenförmig (5—9 μ mal 2—3 μ), mehr oder weniger zahlreich (je nach der Blasengröfse). Gewöhnlich schwach aufwärts gerichtet und nur bei gröfsern Köpfchen mehr radiär ausstrahlend, Kuppe oder auch Seite der Blase bedeckend, farblos, glatt. Conidien sehr ungleich grofs (3—12 μ im Durchmesser), kugelig bis schwach gestreckt, dicht mit feinen hellen Nädelchen bedeckt, schwach gelblich, isoliert oder nur in kleinen Verbänden. Sonstige Fortpflanzungsorgane nicht beobachtet. Kultur bislang nicht gelungen.

Die Bemerkung WELMERS: Kultur bislang nicht gelungen, ist eine irrtümliche. Denn nach erfolglosen Versuchen von SABOURAUD und UNNA gelang es 1897 zuerst NIEUWENHUIS, dem in Buitenzorg frisches Material zur Verfügung stand, den Pilz der Tinea imbricata rein zu züchten. NIEUWENHUIS verwandte verschiedene Nährböden von Agar, Pepton und Zucker und erhielt eine grauweifse, später schmutzig braune Kolonie von halbkugeliger Form, in deren Mitte nach einiger Zeit eine Delle erschien, während an der Oberfläche Falten und Runzeln auftraten. Die Kulturen

waren übrigens auf den verschieden zusammengesetzten Nährböden etwas abweichend.

Während Manson und andere Forscher, wie schon oben erwähnt, bereits lange vorher die Tinea imbricata durch deren Schuppen auf Gesunde mit Erfolg übergeimpft hatten, gelang es Nieuwenhuis, auch durch Impfung von Kulturen die Krankheit auf Gesunde zu inokulieren. Er führte den Versuch auf der Haut eines Europäers aus, und beobachtete am vierten und fünften Tage anhaltendes Jucken; am sechsten Tage zeigten sich stecknadelkopfgroſse rote Knötchen, die um die infizierten Stellen herum in Kreisen angeordnet waren. Nach 14 Tagen hatte der erkrankte Hautfleck einen Durchmesser von 6 cm erreicht, die Entzündungserscheinungen waren gering, allmählich trat auch die eigenartige Schilferung in Kreisbogenlinien auf.

In Ermangelung einer bakteriologischen Einrichtung war ich nicht in der Lage, Kulturen anzulegen, und ich möchte hier kurz darüber berichten, was die mikroskopische Untersuchung der Schuppen ergibt. Ich habe die Schuppen mit Kalilauge aufgehellt und von Färbungsmethoden (z. B. Gram) gewöhnlich Umgang genommen. Läſst man nämlich die Kalilauge genügend lange einwirken, z. B. 24 Stunden, so sind die Epidermisschuppen meist so stark aufgehellt, daſs bei mittlerer Abblendung eigentlich nur noch die Pilzfäden zu sehen sind. Man ist erstaunt über die reichliche Anzahl von Mycelfäden, die meist lang, leicht gebogen, durch wenig zahlreiche Zwischenwände und leichte Einschnürungen abgestellt, und vielfach verzweigt sind. Die Sporen sind stark lichtbrechend, rundlich bis oval, und liegen in gröſsern Haufen zusammen.[3]

Mikroskopisch-anatomischer Befund. Ich habe in vivo exzidiert, die Stücke in Alkohol mit leichtem Formolzusatz fixiert und gehärtet, in Celloidin gebettet und die Schnitte von 10—15 Mikren verschiedenen Färbungen unterworfen. Die schönsten und instruktivsten Bilder auf Pilze lieferte die einfache Färbung mit polychromem Methylenblau und Differenzierung in Glycerin-Äthermischung nach Unna. Wird die Differenzierung genügend weit getrieben, so ist die Hornschicht schon ziemlich stark entfärbt, während die Mycelfäden und Sporen noch einen ausgesprochenen blauen Farbenton zurückbehalten.

---

[3] Anmerkung. Originell scheint mir das Prozedere zu sein, das Bonnaffy vorgeschlagen hat, um die Pilzfäden von den Epidermisschuppen getrennt zu gewinnen. Die Schuppen von Tinea imbricata werden nach diesem Autor in einem Reagensröhrchen während 48 Stunden der Einwirkung von 2% Soda ausgesetzt, die Sodalösung dann vorsichtig abgegossen, und mehrmals durch destilliertes Wasser ersetzt. Wird nun das Röhrchen energisch umgeschüttelt, so trennen sich die Pilzfäden von den Schuppen und setzen sich am Boden des Röhrchens ab. Ich selbst hatte keine Gelegenheit, dieses Verfahren nachzuprüfen.

Schon diese gewöhnlichen Übersichtsbilder lehren uns, dafs die Veränderungen, welche der Pilz der Tinea imbricata auf der Haut hervorruft, sich auf die Hornschicht beschränken. Die Hornschicht ist stark aufgelockert, die einzelnen Lamellen sind voneinander abgehoben, so dafs auf den Schnitten ein wabenartiges Bild zustande kommt. Durch diese Auflockerung hat die Hornschicht an einzelnen Stellen scheinbar das zwei-, ja selbst das dreifache der gewöhnlichen Dicke erlangt. Zwischen die Lamellen der Hornschicht, da und dort, ohne irgendwelche Regelmäfsigkeit, sind nun die Pilzfäden und Sporen eingestreut. Die Pilzfäden liegen meist parallel den Lamellen; man findet sie in den obern und tiefern Lagen der Hornschicht; Körner- und Stachelschicht dagegen bleiben stets frei. Aufserdem sieht man stellenweise zwischen die Hornschichtlamellen horizontal eingebettete linsenförmige Nester von Sporen, bestehend aus in Haufen zusammenstehenden, intensiv dunkelblau sich färbenden runden Körnern.

Im übrigen ist die Hornschicht kernlos; die Keratohyalinschicht ist normal. Die Stachelschicht weist leichte Wucherungserscheinungen: Verdickung und spärliche Mitosen in den obern Zellschichtlagen auf. Die Interspinalräume sind mäfsig erweitert, und man sieht in ihnen hier und dort vereinzelte Leukocythen. Im Vergleich zu der stark pigmentierten normalen Umgebung ist die Stachelschicht der erkrankten Partie entschieden schwächer pigmentiert. Deutliche und konstante Veränderungen fehlen im Korium. Die Papillen sind nicht verlängert. Die Gefäfse der Papillarschicht der obern Kutislagen sind stellenweise etwas erweitert, und ab und zu sieht man eine unbedeutende Zellanhäufung um die Gefäfse herum, bestehend aus mononuklearen Rundzellen.

Die Lymphräume sind nicht erweitert.

Der übrige Befund bietet nichts besonderes: man sieht vereinzelte Mastzellen; das Bindegewebe, sowie die elastischen Fasern sind nach Lage und Tinktion normal. Auch die Adnexe der Haut, die Drüsen und speziell die Haare sind vollkommen unverändert.

Fassen wir den gesamten Befund zusammen, so haben wir leichte entzündliche Erscheinungen der Papillarschicht, Verminderung des Pigmentes in der leicht verdickten Epidermis, und als hauptsächlichste Veränderung eine Auflockerung der Hornschichten, in deren Spalten die Pilzmassen eingelagert sind.

Diagnose. Die Diagnose der Tinea imbricata ist im allgemeinen nicht schwierig. Das Bild: multiple konzentrische Schuppenringe bei fehlenden entzündlichen Erscheinungen ist so charakteristisch, dafs meist schon dadurch die Diagnose gesichert ist. Werden mikroskopisch in den Schuppen noch zahlreiche Pilzmassen, sowohl Mycelfäden als Gonidien nachgewiesen, so dürfte die Diagnose sicher sein. Nur in hochgradigen Fällen von Tinea imbricata kann vielleicht Ichthyosis in Frage kommen.

Doch ist die Ichthyosis eine mehr weniger diffuse, meist seit Kindheit bestehende Erkrankung der Haut mit spezieller Beteiligung der Streckseiten; die Tinea imbricata ist dagegen eine akut in jedem Lebensalter auftretende, kontagiöse Erkrankung, die Streck- und Beugeseiten ohne Unterschied befällt. Die Schuppen der Tinea imbricata sind in charakteristischen konzentrischen Ringen angeordnet, und haften mit ihrer peripheren Kante, während es sich bei der Ichthyosis weniger um entsprechend geformte aufgelagerte Schuppen handelt, sondern die oberste Hornschicht ist — nach dem Vergleich von NEISSER und JADASSOHN — gleichsam als ob sie zu weit wäre, gefaltet, an den Rändern abgehoben und mit der zentralen Partie auf der Unterlage haftend. Schliefslich juckt die Tinea imbricata heftig, die Ichthyosis nicht.

Verwechslungen der Tinea imbricata mit Panu (Pithyriasis versicolor) und mit Syphiliden können bei einiger Aufmerksamkeit kaum vorkommen. Psoriasis kann, abgesehen von den differenten klinischen Erscheinungen, schon deswegen ausgeschlossen werden, da sie in Sumatra nach meiner Erfahrung, in Java nach den Mitteilungen von KAYSER, nicht oder nur höchst selten vorkommt.

Schwieriger ist die Differenzierung der Tinea imbricata vom Tropicalringworm der Engländer, der eine echte Trichophytie des Rumpfes ist. Dafs die Tinea imbricata eine Krankheit sui generis darstellt und nicht etwa, wie frühere Autoren vielfach meinten, eine durch besondere Häufigkeit des Pilzes, durch klimatische und anderweitige Einflüsse bedingte Abart des gewöhnlichen Tropenringwurms ist, hat ein Versuch von MANSON in unzweideutiger Weise klargestellt. MANSON hat nämlich in Amoy auf den einen Arm eines Individuums Schuppen des Tropenringwurms und auf den andern Arm Schuppen der Tinea imbricata übergeimpft, und stets erzeugten die Schuppen der Tinea imbricata das charakteristische Bild dieser Erkrankung, und niemals etwa Tropenringwurm, wie auf dem andern Arm.

Der Tropenringwurm tritt im allgemeinen auf in Gestalt von Flecken von kreis- oder bogenförmiger Begrenzung, mit einem mehr oder weniger entzündlichen Wall, der Bläschen oder Borkenbildung zeigt. Die Krankheit schreitet zentrifugal vorwärts, während in der Mitte eine mehr oder weniger vollständige Abheilung eintritt, so dafs im Zentrum des Erkrankungsherdes die Haut nur noch leicht schuppt, oder bereits wieder zur Norm abgeheilt ist. Das Bild entspricht vollständig dem des Herpes tonsurans der nicht behaarten Körperpartien, und wie dieser kann auch der Tropenringwurm oder Tinea circinata die verschiedensten klinischen Formen annehmen. Zwischen der Tinea circinata und der Tinea imbricata ergeben sich verschiedene klinische Unterscheidungsmerkmale. Der Tropenringwurm zeigt lebhafte Entzündungserscheinungen, die Tinea

imbricata nicht. Dementsprechend weist die Elementarläsion des Tropenringwurms mehr feuchten Charakter (Bläschenbildung, Nässen, Krusten oder Borken) auf, während bei der Tinea imbricata die reine trockene Schuppenbildung vorherrscht. Periphere Bläschen- und Borkenbildung bei abheilendem Zentrum haben wir also beim Ringwurm; Bildung von grofsen konzentrischen Schuppenringen ohne zentrale Heilungstendenz bei der Tinea imbricata. Nur ausnahmsweise befällt die Tinea imbricata behaarte Körperstellen, und Haarausfall fehlt; wenn der Ringwurm sich in den behaarten Stellen lokalisiert, was allerdings selten der Fall ist, so ruft er hier charakteristische Haarveränderungen hervor. Stellt man es schliefslich auf die mikroskopische Untersuchung ab, so findet man in den Schuppen der Tinea imbricata sehr zahlreiche, bei der Tinea circinata nur spärliche Pilzelemente, und zwar bei der Tinea imbricata neben Mycel auch reichlich Gonidien, bei der Tinea circinata dagegen fast ausschliefslich (spärliche) Pilzfäden.

Die Pilzfäden der Tinea imbricata sind länger als die des Ringwurms und während diese letztern durch zahlreiche Zwischenwände in kurze Glieder geteilt sind, haben wir bei den ersten Pilzfäden Glieder, die vielleicht fünf bis sieben mal so lang als breit sind. Genauere Untersuchung des Pilzes lehrt, dafs die Tinea imbricata durch eine Aspergillusart erzeugt ist, die Tinea circinata aber durch ein echtes Trichophyton. Bei histologischer Untersuchung fehlt bei der Tinea imbricata ein Übergreifen auf die tiefern Hautpartien; sie ist eine reine Oberflächenerkrankung, die nur auf die Hornschicht beschränkt ist. Bei dem Ringwurm aber sind zumeist auch die tiefern Partien ergriffen, es kann selbst zu eigentlichen papillären Wucherungen kommen.

Prognose. Das Allgemeinbefinden bleibt bei Tinea imbricata ungestört. Das Jucken wird, wie bereits erwähnt, von den indolenten Eingeborenen nicht als eine wesentliche Belästigung empfunden.

Die Prognose auch quoad valetudinem ist daher eine günstige.

Aber die Tinea imbricata mufs doch als ein ernstes Leiden angesehen werden. Denn die körperliche Entstellung, und das Bewufstsein, auch der Eingeborenen, dafs die Tinea imbricata eine ansteckende Krankheit ist, bringt für die Patienten ganz bedeutende Unzuträglichkeiten mit sich. So haben wir ja oben gesehen, dafs die Rajahbattaker die mit Tinea imbricata Behafteten aus ihren Dörfern ausschliefsen. Wäre der Kampf ums tägliche Brot bei den Eingeborenen der Tropen ernster, so stellte die Tinea imbricata ein Leiden dar, das die Erwerbstätigkeit des Individuums ganz beträchtlich herabsetzte.

Die Prognose quoad sanationem ist mit Vorsicht zu stellen, da bei ausgebreiteter Erkrankung nur eine energische Therapie Heilung bringen kann, auch die Gefahr einer Reinfektion grofs ist.

Therapie. Über die Behandlungsweise der Tinea imbricata bei den Eingeborenen meiner Gegend konnte ich keine befriedigende Auskunft erlangen. Vieles Baden, Einreiben mit dem Saft von verschiedenen Blättern, deren botanische Herkunft mir unbekannt blieb, wird als heilbringend angesehen, und könnte wohl auch, konsequent durchgeführt, durch Abstofsung der Hornschicht, wo sich die Pilze ja einzig aufhalten, zur Heilung führen.

Interessante Mitteilungen macht NIEUWENHUIS über die Behandlung der Tinea imbricata unter den Dajaks von Borneo. Diese benutzen die Blätter von Cassia alata, minjak (Öl) Belandjan oder auch rohes Petroleum. Mit den Blättern von Cassia alata reibt der Patient sich einen Monat lang täglich ein und badet in dieser Zeit wenig. Bei gut durchgeführter Behandlung erfolgt auf diese Weise Genesung. Noch besser gelingt sie mit Minjak Belandjan, einer teerartigen, schwärzen Flüssigkeit, die aus dem Kernholz des gleichnamigen Baumes ausfliefst. Bei der Aufbewahrung setzt sich in der Flüssigkeit eine zähe Masse ab, die sogenannte Tanah Belandjan. Unvermengt auf eine Kinderhaut gerieben, bewirkt diese, wie NIEUWENHUIS selbst einmal beobachten konnte, eine heftige Entzündung und Nekrose der Haut.[4]

Man mengt deshalb für den Gebrauch die Tanah Belandjan mit Zuckerrohrsaft an und reibt sie über die affizierten Stellen, die bei Unterlassung des Badens in 10—14 Tagen genesen können. Bemerkenswert ist auch die heilende Wirkung des Petroleums, das einfach ein oder zweimal täglich auf die kranke Haut gebracht — der Patient darf nicht baden — in 14 Tagen zur Genesung führt.

BONNAFY empfiehlt tägliche warme Bäder mit grüner Seife während vier Tagen; dann Applikation von Bimsstein mit nachfolgendem Sublimatbad.

---

[4] Anmerkung. Pflanzensäfte, die heftige Dermatitiden hervorrufen, sind bekanntlich in den Tropen gar nicht selten. Ich erinnere an den Saft des Kaju Ringas, der auf der Haut der Arbeiter, die diesen Baum fällen müssen, eine oft sehr ausgedehnte und schmerzhafte Bläschenbildung hervorruft. Noch lebhafter sind die Entzündungserscheinungen, welche der Saft des Kaju buta-buta (blinding-tree) erzeugt. In der *Deutschen medis. Wochenschrift* (Jahrg. 1898 pag. 334) machte L. LEWIN darauf aufmerksam, dafs auf den Fidji-Inseln nach den Berichten von Missionären die Leprösen in der Weise behandelt werden, dafs sie erst mit Pflanzenblättern eingerieben, und dann dem Rauche des Sinubaumes ausgesetzt werden. Als ich einen chinesischen Leprosen in Behandlung bekam, trachtete ich durch Vermittlung eines mir befreundeten Pflanzers den Saft des Kaju buta-buta zu erhalten. Ich rieb den Saft ganz leicht über einige Knoten auf den beiden Wangen ein, und entfernte das Überschüssige mittels trockener Watte. Schon am zweiten Tage traten diffuse erysipelähnliche Entzündungserscheinungen auf, die sich die nächsten Tage noch steigerten, und dann im Laufe von etwa 14 Tagen allmählich abklangen. Der Endeffekt auf die leprösen Knoten war nihil. Vielleicht aber liefsen sich ähnlich dem Minjak Belandjan der Saft des Ringas und des Kaju buta-buta auf die Tinea imbricata anwenden.

Chrysarobin in verschiedener Form wird in den Tropen sowohl gegen den gewöhnlichen Ringwurm, wie auch gegen die Tinea imbricata ungemein häufig gebraucht, in Form eines 5—10% Chrysarobinvaselins. Noch besser dürfte sich das Unnasche Ung. chrysar. compos. empfehlen:

℞ *Chrysarob.*
Ichthyol ää 5,0
Ac. salicyl. 2,0
Vasel. flav. 88,0

In hartnäckigen Fällen wäre sicher auch die Dreuwsche Salbe sehr brauchbar:

℞ *Ac. salicyl.* 10,0
Ol. Rusci
Chrysarob. ää 20,0
Sapo virid.
Vasel. flav. ää 25,0

Auch Jodtinktur ist sehr beliebt, desgleichen Schwefel- oder Schwefelteersalben. Nach meinen Erfahrungen sind bei kleinen Herden alle diese Mittel fast gleich wirksam. Sollte man mit den angegebenen Mitteln nicht zum Ziele gelangen, so wäre — auch auf Grund des histologischen Befundes — eine Schälkur mit Resorzin- oder Naphthol-Schwefelpaste zu versuchen. Resorzin und Naphthol würden dabei einerseits als antiparasitäre Mittel wirken, anderseits die ganze erkrankte Hornschicht abheben.

Prophylaktisch wäre häufiges Baden und der regelmäfsige Gebrauch von Seife zu empfehlen.

Literatur über Tinea imbricata.

Bartels, Bericht über das Vorkommen der Frambösie und des Ringwurms auf den Marschall-Inseln und auf Nauru. *Arb. a. d. kais. Gesundheitsamt.* 1901. XVIII. 1.

Besnier, Brocq und Jaquet, *Pratique dermatologique Tome I.*

Bonnafy, Le Tokelau et son parasite. Paris 1893.

Colcott Fox, On Ringworm. *Brit. med. journal.* Dez. 1899. S. 1529.

Jeanselme, Cours de dermatologie exotique. Paris 1904. *La pratique dermatologique.* Tokelan. Bd. IV. 1908.

Kayser, Referat über „Cours de dermat. exotique von Jeanselme." *Geneesk, tijdschrift voor Nederl. Indie.* XLII. S. 310.

Kiewit de Jonge, Tinea imbricata. *Geneesk, tijdschrift voor Nederl. Indie.* 1902. XLII. 3. Aufl.

Koch, R., Frambösia tropica und Tinea imbricata. *Arch. f. Derm. und Syph.* 1902. LIX. 1. H.

Königer, Über den polynesischen Ringwurm auf den Carolinen, Gilbert- und Samoa-Inseln. *Virch. Arch.* 1878. LXXII. S. 413.

Krämer, Die wichtigsten Hautkrankheiten der Südsee. Stuttgart 1902.

Leslie Robert, Ringworm fungi. *Brit. med. journal.* 1899. S. 13.

Maggregor, An adress on some problems of trop. medicine. *Journal of tropical medicine.* Aug. 1900. S. 65.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Reproduktion von J. B. Obernetter, München.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Reproduktion von J. B. Obernetter, München.

Manson, Tropical diseases. 1903.
The filaria sang. homin. and certain new forms of paras. diseases. 1883.
Martin, R., Die Inlandstämme der malayischen Halbinsel. Jena 1905. S. 434.
Nieuwenhuis, Tinea imbricata. *Arch. f. Derm. und Syph.* XLVI. 2. H. und *Geneesk. tijdschrift v. Nederl. Indie.* 1898. XXXVIII. S. 405.
Neisser und Jadassohn, Krankheiten der Haut im *Handbuch der prakt. Medisin*, von Ebstein und Schwalbe. 1901.
Paranhos und Lemb, Tinea imbricata in Brasilien. *Journ. of trop. medic.* Nr. 9.
Plehn, Die tropischen Hautkrankheiten in Menses *Handbuch der Tropenkrkh.*
Pompe van Meerdervoort, *Nederl. tiidschrift v. geneesk.* 1859. III. S. 629.
Powell, Arthur, Tineae of southern Assam. *Lancet.* 1899. 30. Dec. S. 1809.
Roux, Traité pratique des maladies des pays chauds. 1888. III. S. 248.
Sabouraud, *Bulletin et annales de dermat.* 1892; Nov. 1893; Febr. 1896.
Sarasin, P. und F., Reisen in Celebes. Wiesbaden 1905.
Saville, Tinea imbricata. *British journal of dermat.* 1903. S. 145.
Scheube, Die Krankheiten der warmen Länder. 1903. III. S. 393.
Stellwagon, Treatise on diseases of the skin. 1902.
Tamson, Bijdrage tot de kennis van koerab-besie. *Geneesk. tijdschrift voor Nederl. Indie.* 1898. XXXVIII. S. 103.
Tribondeau, Le tokelau dans les possessions franc. du pacifique oriental. *Arch. de medic. navale.* 1889. Bd. LXXII. S. 32.
Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. S. 1205.
Wälsch, Beiträge zur Anatomie der Trichoph. *Arch. f. Derm. und Syph.* 1896. XXXV.
Welmer, Aspergillus Tokelau. *Centralbl. für Bakteriol.* XXXV. H. 2.

Erklärung der Tafeln

(nach photogr. Aufnahmen des Verfassers.)

Tafel IV. Chinese mit sehr stark ausgebreiteter Tinea imbricata. Die Krankheit erstreckt sich über die Vorderfläche des Rumpfes und den Hals. Das Gesicht ist frei. Auch die Extremitäten und der Rücken sind über und über mit feinen Schuppen bedeckt. Das Bild der konzentrischen Ringe ist hier fast ganz verwischt.

Tafel V. Pockennarbiger Chinese mit ausgedehnter Tinea imbricata. Die Schuppen sind durch wiederholte Einreibung mit sapo viridis bereits entfernt worden, so dafs nun die Tätowage ähnliche Zeichnung sehr schön zum Ausdruck kommt. Die Pubes sind ebenfalls ergriffen, ohne dafs es zu Haarausfall gekommen wäre. Auch die rechte Inguinalbeuge ist erkrankt, sowie die linke Achselhöhle. Beide Handflächen sind frei.

Weitere gute Abbildungen von Tinea imbricata finden sich bei R. Koch (reproduziert bei Scheube), bei Krämer, bei Martin u. a. Autoren.

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud.

Von

Dr. J. Preuss-Berlin.

(Fortsetzung.)

III.

Wenn im Talmud von einer „Strafse der Dirnen" gesprochen wird,[1] so darf daraus auf eine Kasernierung der Prostituierten nicht geschlossen werden. Noch heute ist es orientalische Art, dafs die einzelnen Berufszweige in einzelnen Strafsen zusammenwohnen. So nennt der Talmud auch eine Strafse der Fleischer, der Riemer,[2] der Rabbinen,[3] der Aramäer,[4] der Beschneider.[5] Eine Strafse der Bäcker erwähnt schon die Bibel.[6]

Im heidnischen Kanaan wohnte die Dirne in der Stadtmauer,[7] wo auch in der Römerzeit die Bordelle lagen, so dafs vielfach die Bezeichnung fornix für die Prostituierte mit dem Worte fornix für Mauerbogen für identisch gehalten wird.[8] Von der Wohnung führt ein Fenster direkt auf das Feld (v. 15).

Sicher ist dagegen die Existenz des Bordells, „qubba der Dirnen". Das Wort wird vielleicht schon in der Bibel für „Hurenhaus" gebraucht.[9] Aber es ist keine jüdische, sondern die in allen Details bekannte römische Einrichtung. Die römische Regierung, so erzählt der Talmud, hatte einst den Juden verboten, sich mit der Thora zu beschäftigen. R. Chanina ben Teradjon, der dies trotzdem tat, wurde infolge einer Angeberei zum Tode, seine Tochter aber zum Wohnen in der qubba der Dirnen verurteilt.[10] Auch gefangene Mädchen steckte man in das Bordell und verlangte ein Lösegeld für ihre Freilassung.[11] Unter Diocletian wurde eine junge Christin zum Bordell verurteilt.[12] Nach dem Tode Agrippas vergafsen die Einwohner von Cäsarea und Sebaste bald die ihnen erwiesenen Wohltaten, raubten die Bildsäulen seiner Töchter und brachten sie in die Bordelle, πορνεῖα. So berichtet Josephus.[13]

Die Sage sieht auch in dem Orte chiroth am roten Meere[14] eine Art Bordell, von dem die Israeliten „ihre Augen abwendeten".[15]

Auch ein Bordellwirt, moger zanjatha, wird erwähnt. Aber sein Tun wird ausdrücklich als Sünde bezeichnet. Er stattet auch Theater

---

[1] Pes. 113b; Gen. r. 91, 6. [2] Chull. 48a. [3] ib. 48b. [4] j. Ned. IV, 38d, 24. [5] j. Erub. V, 22d, 52. [6] Jer. 37, 21. [7] Jos. 2, 15. [8] Rosenbaum, op. cit. S. 96, Anm. 1. [9] Num. 25. 8. [10] Ab. z. 17b. [11] Aboth RN. 8, 7. [12] Rosenbaum S. 404, Anm. 4. [13] Antt. XIX, cap. 9, 1. [14] Ex. 14, 2. [15] Kalla rabb. VII. 54b, 4.

aus, bringt den Dirnen die Kleider in das Badehaus, tanzt und spielt die Flöte vor ihnen.[1]

Der spätgriechische Ausdruck *μιμάριον* für das Lupanar findet sich vielleicht im Midrasch.[2]

IV.

Die Erzählung der Schrift, Josef habe seine Brüder bei der ersten Wiederbegegnung „mit harten Worten" angelassen,[3] begründet die Legende folgendermafsen: Als die Brüder Josefs nach Ägypten zogen, hätten sie die Absicht gehabt, gleichzeitig nach ihrem Bruder Josef zu forschen, dessen Machtstellung sie ja nicht kannten. Sie hätten sich gesagt: „Unser Bruder Josef ist schön von Figur und Gesicht, vielleicht ist er in der qubba" (ohne Zusatz) und hätten daher in der Dirnenstrafse nach ihm gesucht. Als der Bote Josefs, der von ihrer Ankunft bereits wufste, sie dort traf, sei Josef sehr aufgebracht darüber gewesen, habe sie angefahren und ihnen vorgeworfen, „sie seien gekommen, die Blöfse des Landes,[4] d. h. seine Unzucht, zu schauen."[5] Wahrscheinlich wird hier auf ein Kynädenbordell angespielt,[6] wie solche in der römischen Kaiserzeit ja florierten. Nach der Gewohnheit der Moralprediger, Zeit und Ort der Ereignisse nicht zu berücksichtigen, wird diese Unsitte dann ohne weiteres in die biblische Zeit verlegt, oder richtiger, die biblische Erzählung dient als Unterlage (Text), um auf ihr die Unmoral zur Zeit des Predigers zu geifseln und vor ihr zu warnen.

In der Beduinenzeit sitzt die Prostituierte an der Karawanenstrafse „am Quell",[7] sei es, dafs sie hier, wo die Reisenden rasteten, am ehesten auf Kundschaft rechnen durfte, sei es, dafs es sich um einen „heiligen Quell" handelte, an dem sie als Hierodule fungierte. Die Juden hatten keine heiligen Quellen. Der Ortsname baalath bëer, Brunnengöttin,[8] stammt wohl noch aus heidnischer Zeit und Davids Befehl, den Salomo an der Quelle, *ἐπὶ τὴν πηγήν*, mit heiligem Salböl zu salben, den Josephus mitteilt,[9] findet in der Bibel keine Erwähnung.

V.

Von den Künsten der Dirnen wird mancherlei erzählt. Wie die Ambubaja des Horaz,[10] wie die berühmten gaditanischen Mädchen im früheren Rom,[11] wie später die *ἑταῖραι μουσικαί*,[12] versteht sich auch die orientalische Prostituierte auf die Musik. „Nimm die Harfe, durchlaufe

[1] j. Taan. I, 64b, 56. [2] Cant. r. zu 7, 9, fol. 38b. [3] Gen. 42, 7. [4] Gen. r. 91, 6. [5] Gen. 42, 9. [6] Vgl. Math. Kehunna z. St. [7] Gen. 38, 14. [8] Jos. 19, 8. [9] Antt. VII cap. 14, 5. [10] I. Sat. 2, 1. [11] Nork, Wörterb., s. v. Hierodulen. [12] Rosenbaum, op. cit. S. 88 und 102.

die Stadt, vergessene Buhlerin! Spiele schön, singe viel, damit man sich Deiner wieder erinnere!" ruft der Prophet[1] dem sündigen Volke zu, das er mit einer Dirne vergleicht. Auch sonst dient ihm „der Gesang der Dirne" als Bild der Verführung.[2] „Gewöhne Dich nicht an den Umgang mit einer Sängerin, daſs Du nicht von ihren Künsten umstrickt werdest," mahnt Sirach.[3]

Dagegen weiſs ich über erotische Tänze, wie sie sonst bei den Dirnen Sitte waren, aus unseren Quellen nichts mitzuteilen.

Ein Dirnen-Raffinement, an dem man, nach der Häufigkeit seiner Erwähnung zu schlieſsen, besonderen Anstoſs genommen haben muſs, schildert der Talmud folgendermaſsen: R. JIZCHAK, einer der im 1. oder 2. nachchristlichen Jahrhundert lebenden Gelehrten dieses Namens, schreibt sie bereits den Mädchen in der Zeit des Sittenverfalles unter Jesaja zu.[4] „Sie nahmen Myrrhe und Balsam und legten sie in ihre Schuhe zwischen Ferse und Sandale; wenn sie eine Anzahl Jünglinge beisammen stehen sahen, traten sie darauf und spritzten auf sie, und der Geruch (des Parfüms) drang in sie ein und erweckte ihren bösen Trieb."[5] Da die Kokotten gewöhnlich auf den Fuſsspitzen trippelten, ist der obige Modus wohl denkbar. In den späteren Rezensionen wird berichtet, das Parfüm sei in einem Hühnerkropf, zépheq, oder Hühneruterus, schalphuchith, oder eine Eierschale eingeschlossen gewesen.[6]

Die Erregung sexueller Empfindungen durch Gerüche ist allgemein bekannt; CLOQUET[7] und neuerdings IWAN BLOCH[8] haben darüber besondere Bücher geschrieben. Von den nachtalmudischen Gesetzeslehrern wird daher ausdrücklich verboten, an irgend einem Parfüm, das eine Frau an sich hat, zu riechen.[9] In besonders raffinierter Weise wurden, nach dem Bericht des Estherbuches, die Beischläferinnen des Perserkönigs parfümiert: „Zwölf Monate Zeit erhält jede dazu nach dem Gesetz für die Frauen, dann erst sind voll die Tage ihrer Salbungen (Reinigung, Polieren), nämlich sechs Monate mit Myrrhenöl und sechs Monate mit Gewürzen und (sonstigen) Frauensalben — und so kam das Mädchen zum Könige!"[10] Die Spezereien, mit denen man die Grabhöhle des Königs Asa füllte, heiſsen nach den Komm. deshalb zenin,[11] weil sie zu Buhlerei, zenuth, reizen.

Der Unfug, daſs eine Frau einer anderen ein Stück Fleisch von einem gefallenen Tier in die Vagina praktiziert, wird en passant erwähnt.[12]

---

[1] Jes. 23, 16. [2] ib. v. 15. [3] Sir. 9, 4. [4] Jes. 3, 16. [5] Joma 9b, Sabb. 62b. [6] Thren. r. 4, 18; Pes. de RK XVII S. 132b (Jalqut Echa II, 1033); Lev. r. XVI, 1. [7] Osphrésiologie. Paris 1821. [8] ALB. HAGEN, sexuelle Osphrésiologie. Charlottenburg 1901. Vgl. auch KRAFFT-EBING, Psychog. sex.[4] p. 17; HAVELOCK ELLIS, Gattenwahl, S. 111 ff. [9] MAIM. Iss. bia 21, 2; Eben ha-ézer 21, 1. [10] Esth. 2, 12. [11] II. Chron. 16, 14. [12] Nidd. 42b.

VI.

Über eine besondere Kleidung der Dirnen weifs ich aus der Bibel nichts mitzuteilen. Man hat zwar versucht, in der Verschleierung, die von der Thamar berichtet wird,[1] ein Kennzeichen der Prostituierten zu sehen, aber gewifs mit Unrecht, denn auch die anständige Orientalin zeigt sich nicht unverschleiert auf der Strafse. In der Mischna wird „das Hemd, chaluq, der draufsen Umhergehenden" erwähnt, das wie ein Kopfnez, sebaka, gearbeitet, also durchbrochen ist, so dafs der Körper sichtbar ist,[2] wie denn auch bei den Griechen die Dirnen ἐν λεπτοπήνοις ὑμέσιν gingen.[3] Man kannte drei Arten solcher Kopfnetze: das der Kinder, der alten Frauen und der Dirnen,[4] deren Unterschiede zur Zeit der Mischna offenbar allgemein bekannt, später in Vergessenheit gerieten, so dafs die Kommentare keine befriedigende Erklärung mehr geben können. Vielleicht war die Kopfhülle der Prostituierten häufig zerrissen, so dafs sie nicht mehr den gröfseren Teil des Haares fafste.[5]

Ob die Dirnen sich gegenseitig hafsten[6] oder eine die andere schmückte,[7] wird wohl von den jedesmaligen Umständen abgehangen haben.

Nicht selten werden auch heute bei manchen Dirnen edle Züge beobachtet. So könnte es auch heute noch vorkommen, dafs eine Dirne um Äpfel — eine Delikatesse des Altertums[8] — buhlt und sie dann an Kranke verteilt.[9] Im Talmud findet sich dieses Beispiel für die Lehre, dafs der Zweck nicht die Mittel heiligt. — Manche hat auch ein edles Motiv der Unzucht in die Arme getrieben. So wird von einer Frau berichtet, die sich verkaufen will, um mit ihrem Verdienst ihren Mann aus der Gefangenschaft auszulösen.[10]

Die Dirne gewöhnt sich an die Unzucht allmählich so, dafs sie, „wenn man ihr (wegen Alter usw.) keinen Lohn mehr gibt, selbst Lohn zahlt",[11] oder, wie es im Talmud heifst, die Dirne, die zuerst gemietet wurde, mietet zuletzt selbst.[12]

(Fortsetzung folgt.)

---

[1] Gen. 38, 14. [2] Kelim 28, 9. [3] Rosenbaum op. cit. S. 88. [4] Kelim 24, 16; nach Arûk: Die Frauen, wenn sie auf die Strafse gehen." [5] cf. T. Kelim β II, 10. [6] Pes. 113b. [7] Sabb. 34a. [8] Cant. r. zu 2, 5. [9] Ex. r. 31 E. [10] j. Taan. I, 64b, 52. [11] Ez. 16, 34. [12] Ab. z. 17a.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Juni 1906.

Die Rolle der Consanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen, von C. Adrian-Strafsburg i. Els. Als eine besondere Form der vererbten Krankheiten sind diejenigen Leiden anzusehen, welche bei den Nachkommen blutverwandter Eltern auftreten, also als Produkt der Inzucht aufgefafst werden. So ist auch auf die verwandtschaftlichen Beziehungen der Eltern von einzelnen Hautkranken öfters aufmerksam gemacht worden, so z. B. bei Xeroderma pigmentosum, Ichthyosis congenita (Keratosis diffusa), Albinismus universalis, Ichthyosis vulgaris, Sklerodermie und Epidermolysis bullosa. Bei Xeroderma pigmentosum ist Blutverwandtschaft der Eltern in 13 Fällen notiert, unter 156 Fällen bei 110 Familien. Die Consanguinität bestand in 11,8%. Bei Ichthyosis congenita finden sich unter 57 Fällen sechs, Verwandtschaft der Eltern bei 50 Elternpaaren, d. i. 12%, ähnlich liegen die Verhältnisse beim Albinismus, seltener ist die Consanguinität der Eltern bei Ichthyosis vulgaris nachzuweisen, während sie bei Sklerodermie nur einmal notiert ist, ebenso wie bei der Epidermolysis bullosa. Jedenfalls spielt die Consanguinität der Eltern in der Dermatologie nicht dieselbe grofse Rolle wie z. B. in der Ophthalmologie oder in der Psychiatrie und Neurologie.

Juli 1906.

Die Ziele der Syphilisforschung in bezug auf die Vererbungslehre, von F. B. Solger-Rostock. Schon in einer früheren Arbeit hatte S. sich bemüht, den Nachweis zu führen, dafs die augenblicklichen Streitfragen der Syphilisforschung mit Vererbungsfragen überhaupt nichts zu tun haben, dafs es sich auch hier um die von Martius gegeifselte ewige Begriffsverwechslung handelt, und dafs es überhaupt keine hereditäre Syphilis gibt. Er bezeichnet die intrauterine hereditäre Infektion als groben Irrtum und stellt fest, dafs paterne Infektion keine hereditäre Syphilis sei; ebenso betont Verfasser, dafs auch eine durch Schädigungen irgendwelcher Art veränderte Keimzelle nichts mit eigentlicher Vererbung zu tun hat. Hereditäre Syphilis ist also ein Contradictio in adjecto. Es ergeben sich aber auch für den Syphidologen eine Anzahl gewichtiger Aufgaben, deren Lösung mit dem Vererbungsproblem innig verknüpft ist, der Arzt hat nicht nur die Aufgabe einer umfassenderen Beobachtung seiner Patienten, das Einzelindividuum ist nicht aus dem natürlichen Zusammenhange zu reifsen, der es mit Geschwistern, Eltern und Vorfahren verknüpft, Familienbeobachtung ist zu treiben, man mufs auf Degenerationserscheinungen achten, auch ist festzustellen, ob Mitglieder derselben Familie verschieden empfänglich für Syphilis sind. Die erbliche Disposition mufs mehr in den Vordergrund wissenschaftlicher Beobachtung treten. Man mufs sich als Arzt klar sein über die Ergebnisse der Vererbungslehre und die Anlage jedes Einzelnen gesondert und im Vergleich mit seinen Angehörigen studieren. So lange es keine Gesetze gibt, die gewissen Kranken das Heiraten verbieten, so lange hat der Arzt durch Aufklärung und Warnung zu tun, was in seinen Kräften steht, um Ehen zwischen erblich Belasteten zu verhindern. Prophylaxie ist die beste Anwendung ärztlichen Wissens.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatsberichte für Urologie.
XI. Band, 7. Heft.

I. **Ein Versuch, die Bestimmung des elektrischen Leitungswiderstandes des Urins für klinische Zwecke zu benutzen,** von G. Kolischer und L. E. Schmidt-Erfurt. Die Verfasser suchten eine Methode zur verläfslichen Abschätzung der funktionellen Nierenkapazität zu finden, welche folgenden Ansprüchen genügen sollte: Der Gang der Untersuchung soll unabhängig sein vom Wechsel in Nahrung, körperlicher Anstrengung usw. Die Untersuchung soll nicht auf der Annahme einer als normal anzusehenden Ziffernbasis fufsen; sie soll sehr empfindlich sein, nicht umständliches Rechnen mit Ziffern bedingen und grobe Beobachtungsfehler ausschliefsen. Jede zu untersuchende Niere wurde daher in der Weise angegangen, dafs zunächst die Funktion des künstlich nicht beeinflufsten Organs, insoweit diese Funktion einen mefsbaren Ausdruck findet, die Grundlage für weitere Vergleiche bildet. Die funktionelle Energie des urinbildenden Gewebes wurde dadurch zu prüfen versucht, dafs die Reaktion festzustellen getrachtet wurde, welche sich ergeben würde, wenn gewisse künstliche Einflüsse ihre Einwirkung auf die urinbildenden Gewebe äufsern würde. Als sehr empfindliche Probe für einen eventuellen Wechsel in der Eliminationsfunktion empfahl sich die Prüfung des elektrischen Leitungswiderstandes; als beeinflussendes Moment wurde das Einbringen von Indigocarmin in die Zirkulation gewählt, welches durch die Nieren ausgeschieden wird. Es wurde festgestellt, dafs im allgemeinen Urine von pathologischen Nieren einen bedeutend geringeren Leitungswiderstand zeigen als Urine von gesunden Nieren, und dafs, sobald auch nur kurze Zeit nach Einbringung des Indigocarmins verstrichen war, die Leitungsfähigkeit des dann gelieferten Urins sich änderte. Eine bemerkenswerte Reihe von Erscheinungen liefs sich in drei Fällen von einseitiger Nierentuberkulose beobachten, bei welchen die vergleichende Untersuchung der elektrischen Leitungsfähigkeit vor und nach der Einverleibung von Indigocarmin auffallende Unterschiede ergab. Sollte diese vergleichende Methode der Untersuchung des elektrischen Leitungswiderstandes sich bewähren, so würde sie die Vorteile bieten, welche die Verfasser im Auge hatten. Die Untersuchung auf die elektrische Leitungsfähigkeit beansprucht nur 2 ccm Urin, mit ihr fällt die Notwendigkeit der vergleichenden Kryoskopie des Urins und des Blutes fort. Temporär in ihrer funktionellen Kapazität beeinträchtigte Nieren können trotz dieses Zustandes als leistungsfähige erkannt werden.

II. **Zur Kasuistik der Verletzung der Harnblase,** von Fedoroff-St. Petersburg. Ein Fall einer sehr leicht und günstig abgelaufenen extraperitonealen Harnblasenverletzung, die einen durch eine Schrapnellkugel verletzten Offizier betraf. Cystoskopisch wurde auf der etwas hyperämischen Schleimhaut der Blase eine runde, schwarze Kugel nachgewiesen, welche nach Hochspaltung der Blase entfernt wurde.

III. **Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters.** (Bemerkungen zu dem Aufsatz Gutmanns in Nr. 6 dieses Jahrganges), von H. Lohnstein. In der Arbei Gutmanns haben bereits früher ermittelte Tatsachen, welche von Lohnstein und Hans Hirschfeld veröffentlicht wurden, keine Berücksichtigung gefunden und welche nicht im Einklang mit den Ergebnissen Gutmanns stehen. Lohnstein fand unter 85 Einzelbeobachtungen blennorrhoischen, aus der ersten Krankheitswoche stammenden Eiters 33 mal eosinophile Zellen mittels der Triacidfärbung nach Ehrlich. Aus dem Befunde vieler einkerniger Zellen unter den eosinophilen glaubte L. schliefsen zu dürfen, dafs die eosinophilen Zellen, wenn nicht ausschliefslich, so doch gröfstenteils lokal in dem Gewebe der Harnröhre entstehen. — Zur Frage nach dem Ursprungsorte der eosinophilen Zellen bei lokaler Eosinophilie zitiert L. einen Fall von lokaler Eosinophilie der Niere, welcher von Sultan in der *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. 82, veröffentlicht

wurde und dessen Beobachtung sehr zugunsten der lokalen Entstehung der Eosinophilie spricht. — Auch auf den gewissen Antagonismus in dem Auftreten der eosinophilen Zellen und der Gonokokken hatte Lohnstein aufmerksam gemacht; er schließt sich Gutmanns Ansicht an, daß allzuweitgehende prognostische Schlüsse daraus nur mit Vorsicht zu ziehen sind. — Bezüglich des Vorkommens von Mastzellen im blennorrhoischen Eiter zeigt Lohnstein an seinen Untersuchungen, daß diese zwar seltener auftreten als die eosinophilen Zellen, jedoch häufiger und in mehr Fällen, als es nach den Befunden von Joseph und Polano den Anschein hat.

IV. **Entgegnung zu Blancks Bemerkungen über meine Publikation: Eine Flaschenspritze,** von Bernstein-Cassel. Bernsteins Flaschenspritze lehnt sich in keiner Weise an die bisher existierenden Erzeugnisse an, daher bestand für B. keine Veranlassung Blancks antiseptisches Injektionsbesteck zu erwähnen.

Schourp-Danzig.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. III, Heft 8.

Über Novocain in der Urologie, von R. Lucke-Magdeburg. Als Hauptvorzüge dieses Mittels betont L. dessen Reizlosigkeit, Sterilisierbarkeit und geringe Giftigkeit. Die anästhesierende Wirkung ist allerdings nur von kurzer Dauer, doch läßt sich dieser Übelstand mehr als ausgleichen durch Kombination mit Epirenan. Man verwendet also vorteilhaft das Novocain für alle Operationen in der Blase oder Harnröhre, bei denen gleichzeitig für das Epirenan oder Suprarenin eine Indikation vorliegt. Für die vordere Harnröhre genügen 2—10 ccm einer 1%igen Lösung mit einem Zusatz von 3—5 Tropfen Epirenan. Die anästhesierende Wirkung tritt in 10—15 Minuten hervor. Auch zu Gewebsinjektionen ist das Präparat gut verwendbar. Genauere Gebrauchsanweisungen mögen im Original nachgesehen werden.

Über blennorrhoische Epididymitis, von A. Hennig-Königsberg. Der von H. bevorzugte Kompressivverband mit Quecksilberpflastermull wirkt seiner Erfahrung nach sofort vollkommen schmerzstillend; weder in der Ruhe noch bei Bewegungen hat der Patient von dem Moment des Anlegens an, wie Verfasser an einigen sehr prägnanten Beispielen demonstriert, das Gefühl noch krank zu sein. Es gehört allerdings dazu, daß die Streifen weder zu lose, noch zu fest angelegt sind; dazu kommt eine dicke Umhüllung von entfetteter Watte und ein gut sitzendes Suspensorium mit Schenkelriemen. Zur weiteren Behandlung dient ein kräftiges Transpirieren, das durch Hollundertee, heiße Zitronenlimonade und namentlich durch Salipyrin (1,0—2,0, ein- oder zweimal gegeben) an einigen Tagen hintereinander abends hervorgerufen wird. Die lokale Behandlung der Urethritis wird während des Bestehens der Epididymitis natürlich ausgesetzt; allenfalls gibt man Balsamica, Gonosan oder Ol. Santali. Wenn die lokale Behandlung wieder aufgenommen werden kann, beginnt man zweckmäßig mit Spülungen mit Kalium permanganicum, welche der Arzt selbst ein- bis zweimal täglich mit der Guyonschen Spritze ausführt. Das Skrotum wird mit Jodkaliumsalbe (Kalium jodat. 5,0, Jod. pur. 0,3, Mitin ad 30,0) zweimal täglich eingerieben. Auch die nach abgelaufener Nebenhodenentzündung zurückbleibenden Verhärtungen weichen manchmal dieser Behandlung mit Quecksilbermull usw. Verfasser bespricht noch kurz mehrere andere Behandlungsmethoden.

Über den Geschlechtsverkehr, von C. Lederer-Wien. L. vertritt den Standpunkt, daß das unbefriedigte Verlangen nach Geschlechtsverkehr schädlich auf die Gesundheit einwirkt, und er führt drei Fälle an, bei denen Frauen direkt körperlichen Nachteil unter dem Einfluß der Abstinenz erlitten zu haben scheinen.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. Manassein-St. Petersburg. In Halle fiel es dem Verfasser auf, wie die Prostituierten in einer langen Reihe des Mittags über den Marktplatz zogen, um sich in das Kontrollokal zu begeben, und dann in derselben Ordnung nach einiger Zeit wieder abzogen. Über die baulichen und sonstigen Einrichtungen in Strafsburg äufsert er sich ungemein lobend und wünscht, dafs man für die russischen Universitäten der Grenzgebiete sich daran ein Beispiel nehmen möchte. Besonders hebt M. hervor, dafs hier die Prostituierten, was Krankensäle und Behandlung im allgemeinen betrifft, nicht anders untergebracht sind als die sonstigen Patienten, und dafs dies für Behandelte nicht weniger wie für die Behandelnden von Nutzen zu sein scheint. In Basel ist die Dermatologie der inneren Klinik angegliedert. Das Hauptinteresse in dermatologischer Hinsicht bietet von den Schweizer Universitäten natürlich Bern dar. Die unter Jadassohns Leitung stehende Anstalt ist auch baulich und in ihrer ganzen Einrichtung bevorzugt. Dementsprechend fand M. dort mehrere erwähnenswerte Fälle. In Lausanne fielen dem Verfasser die vielen Sattelnasen auf; die Syphilis soll in dortiger Gegend auch in den Dörfern recht verbreitet sein. Genf besitzt keine Spezialabteilung für Dermatologie und Syphilis. Desgleichen ist in Zürich keine besondere Abteilung für diese Kranken im Kantonalhospital vorhanden. Sehr befriedigt dagegen äufsert M. sich über die Einrichtungen der unter Rilles Leitung stehenden Innsbrucker Anstalten, wo viel interessantes Material angesammelt war. In dieser Gegend sind ihm auch zahlreiche Fälle von schwerer, verschleppter Syphilis aufgefallen. In Wien besuchte M. zuerst das Wiedener Krankenhaus, in dem die Spezialabteilung 140 Betten umfafst. Für die Prostituierten ist eine Sonderabteilung vorgesehen, und diese wiederum ist in zwei Teile, einen für die von der Polizei eingelieferten und einen für die anderen Kranken, getrennt. (Fortsetzung folgt.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band VI, Nr. 8.

Die Behandlung der Phthiriasis mit Xylol, von R. Sabouraud-Paris. Eine Mischung von Xylol mit Hoffmannstropfen ā ist nach S. das sicherste und bequemste Mittel zur Abtötung sowohl der Läuse als auch der Nisse. (*La Clinique.* 30. März 1906.)

Die Hygiene der Haut und des Haarwuchses, von Jacquet-Paris. Nach einigen einleitenden Worten, in denen er namentlich den Nervenreichtum der Haut hervorhebt, wendet sich J. zum Begriff des Juckreizes, den er als einen physiologischen Vorgang bezeichnet. Der geringste Grad dieses Zustandes ist der, den Verfasser als das Fühlen seiner eigenen Haut bezeichnet, ein gewisses Gefühl der Wärme, des Behagens, Eudermie. Tritt eine Intensifizierung dieses Zustandes ein, so hat man die Empfindung des Juckreizes. (Bronson hat früher für den Juckreiz die Definition gegeben, dafs wir es hier mit dem primitivsten, noch nicht etwa als Schmerz oder als Temperaturänderung differenzierten Reiz des Nervensystems zu tun haben. Ref.) Sehr verschieden ist bei den verschiedenen Menschen der Grad der Empfänglichkeit für diese Erregung. J. hat Fälle von Krätze gesehen, bei denen keine Spur von Kratzeffekten, keine einzige Äufserung über Juckreiz zu konstatieren war. In bezug auf den Haarausfall der Kopfhaut führt J. aus, dafs ein Haar ausfällt, weil ein anderes sich aus der Tiefe des Haarbalges entwickelt und vordrängt — allerdings bleibt die Frage offen, warum das nachdrängende Haar atrophisch zugrunde geht. (Forts. folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

La Syphilis.

Juli 1906.

Dieses Heft ist dem Andenken des leider zu früh verstorbenen Herausgebers dieser Zeitschrift, Professor T. Barthélemy, geweiht. Es enthält warm gehaltene, tief empfundene Nachrufe, die ihm am Grabe gewidmet wurden und die alle beweisen, wie die Redner den Verstorbenen als Forscher und Kollegen und vor allem auch als Mensch von edlem und grofsem Charakter verehrten. So sprachen am Grabe Fournier, Verchère, Bizard und Creut. Auch Delefosse widmet Barthélemy herzliche Zeilen des Abschieds, denen sich wohl jeder anschliefst, welcher die Tätigkeit des fleifsigen Forschers schätzen gelernt hat.

Von Originalartikeln enthält das Heft ferner:

I. **Syphilis, Quecksilber und Schwefel**, von A. Chatin-Uringe. Das einzige wirkliche Heilmittel gegen die Syphilis ist nach wie vor das Quecksilber, alle Mineralbäder, Schwefel wirken unterstützend, sind aber auch lediglich als Unterstützungsmittel neben dem Merkur anzuwenden, sie heben den anämischen Zustand des Kranken und setzen ihn in die Lage, höhere Dosen des eigentlich heilenden Quecksilbers vertragen zu können. Verfasser bespricht nun den Wert des Schwefels für den Allgemeinzustand der Syphilis und seine Wirkungsweise näher, welche darin besteht, den Körper zu kräftigen und das Quecksilber zu eliminieren, nachdem es seine Wirkung getan hat. Er bespricht die einzelnen Anwendungskuren des Schwefels und die kombinierten Kuren mit Merkur, um dann der Frage näher zu treten, welchen Kranken man überhaupt Schwefel geben soll; vor allem sind es die schweren Fälle, denen Schwefelbäder nützen, und die körperlich Geschwächten, dagegen sind sie schädlich bei Arteriosklerose, stark Nervösen und Leberkranken.

II. **Ist die Syphilis heilbar?** Von Alfred Fournier. Diese Frage ist auf das Entschiedenste zu bejahen, die Syphilis wird in den meisten Fällen nicht nur zeitweilig, sondern dauernd geheilt, wenn die Patienten die Bedingungen einer richtigen sachgemäfsen Behandlung und einer richtigen Hygiene erfüllen. Ausnahmen bilden einzelne Fälle von Syphilis maligna, an denen die ärztliche Kunst scheitert. Was die sogenannten parasyphilitischen Erscheinungen betrifft — wie Paralyse, Tabes — so würden dieselben ebenfalls viel seltener in Erscheinung treten, wenn die Kranken den Ärzten folgten und rechtzeitig und genügend viel und lange das leider von Laien mit Unrecht gefürchtete Quecksilber anwenden würden. Fournier schildert dann die Behandlung inbezug auf die Familie und zeigt auch da den segensreichen Einfluſs des Merkurs.

III. **Stenose der Mitralis, Aortitis, Coronaritis und Tabes bei einer Syphilitischen**, von Louis Rénon. Die Patientin kam mit sensiblen und motorischen Störungen ins Hospital und wurde als tabetisch erkannt. Die Untersuchung des Herzens ergab Mitralstenose, die aber bisher keine Beschwerden verursacht hatte; dabei bestand eine Aortitis und Entzündung der Coronararterien. Patientin war luetisch, und brachte daher eine antiluetische Behandlung eine Besserung der Herzleiden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1906. Heft 3.

Die anatomische Beschaffenheit des blennorrhoischen Eiters, von Pelagatti. Nach seinen Untersuchungen glaubt der Verfasser versichern zu können, daſs die Gonokokken nicht in das Innere der Epithelzellen eindringen, wohl aber der Zellenmembran, oft in sehr beträchtlicher Anzahl, anhaften. Anders verhält es sich

mit den Drüsenepithelien, die in Anbetracht des besonderen Zustandes ihres Protoplasmas (Vakuolisation, schleimige Degeneration) und ihrer anormalen Funktionsverhältnisse infolge des blennorrhagischen Prozesses, phagocytäre Eigenschaften annehmen und nebst anderen morphologischen Bestandteilen auch Gonokokken in sich aufnehmen. Was die neutrophilen polynukleären Zellen anbelangt, so befinden sich die Gonokokken nur innerhalb des Protoplasmas, wohin sie durch eigene Tätigkeit und nicht infolge eines phagocytären Prozesses eingedrungen sind. In polynukleären eosinophilen Zellen sowie in den Mastzellen hat der Verfasser niemals Gonokokken gefunden, weder im Zellkörper selbst noch aufserhalb desselben. Über den Befund von G. in den einkernigen, lymphocytenartigen Zellen kann sich der Verfasser nicht mit Sicherheit aussprechen, neigt aber mehr zur affirmativen Beantwortung der Frage. Das Vorhandensein von freien Gonokokken im Eiter ist kein normaler Befund, sondern hängt von mangelhafter Technik ab. Die eosinophilen Lymphocyten sind reichlich vorhanden in den ersten Tagen der Affektion, verschwinden dann vollständig, um schliefslich, jedoch nur spärlich, zuweilen auch gar nicht, nach der akuten Periode wieder aufzutreten, vorausgesetzt, es handle sich um einen Fall, der nicht irgendwelcher Behandlung unterzogen worden. Für die Diagnose läfst sich aber das Vorhandensein oder Fehlen von eosinophilen Zellen, die mehr oder weniger grofse Anzahl von Gonokokken und multinukleären neutrophilen Zellen nicht verwerten. Ausschlaggebend bleiben somit nur die Epithelzellen.

Folgezustände der Urethralblennorrhoe in der rudimentären Prostata des Weibes, von CALDERONE. Unter rudimentärer weiblicher Prostata versteht der Verfasser die Zusammenfassung der urethralen, periurethralen Drüsen und der SKENEschen Kanäle. In diesem zusammengesetzten Organe können sich, wenn auch in viel milderer Form, ähnliche Prozesse abspielen wie bei der Prostata des Mannes: akuter Katarrh, akute Follikulitis, parenchymatöse Entzündung, periprostatischer Abscefs und Phlegmone, chronische Entzündung. Das weibliche Organ ist aber vom Sexualapparat vollständig unabhängig, weshalb denn auch Komplikationen von seiten dieses letzteren nicht beobachtet werden (sexuelle Neurasthenie, lokale nervöse Störungen, Spinalirritation usw.).

Die syphilitischen Veränderungen der Placenta, von R. STANZIALE. Von den spezifischen histologischen Veränderungen in der Placenta, die bei der Diagnose verwendet werden dürfen, sind nur folgende von Bedeutung: Veränderungen der Blutgefäfse in Gestalt von starker Verdickung der Wandungen (hauptsächlich der Adventitia und der Media; in den kleineren Gefäfsen ist dagegen besonders die Intima verdickt); Hypertrophie der Zotten mit Neubildung von Bindegewebe, das reich an embryonalen Zellen ist und schliefsliche Umwandlung in fibröses Gewebe.

Über Fettsekretion von seiten der Knäueldrüsen, von LOMBARDO. Die Untersuchungsresultate des Verfassers stehen im Widerspruche mit den Behauptungen von UNNA. Die Schweifsdrüsen des Menschen (sowie der Hunds-, Katzen-, Meerschweinchen-, weifse Rattenpfote) enthalten normalerweise keine Fettsubstanzen irgendwelcher Art, die von den verschiedenen Autoren angegeben worden sind, als da sind Triolein, Tristearin, Tripalmitin, Ölsäure, Stearin-, Palmitin-, Caprin-, Capryl-, Capron-, Propion-, Valerian-, Butter-, Milchsäure, Cholestearin, Lanolin. Die schmierige Substanz, die aus den Schweifsporen hervortritt, ist höchst wahrscheinlich nur ein Produkt, das sich innerhalb des epidermalen Ausführungsganges mit dem Schweifse vermischt.

Über eine chronische warzenartige Dermatitis der Hände, von BOSELLINI. Die Affektion ist bis jetzt ausschliefslich auf den Handrücken beobachtet worden, wo sie entweder über die ganze Fläche ausgebreitet ist oder aber auf einzelne Bezirke

beschränkt bleibt und dann eine Tuberculosis verrucosa simuliert, von der sie sich aber dadurch unterscheidet, daſs sie sich mit entzündlichen und eitrigen Erscheinungen kompliziert. Das warzenartige Aussehen dieser Affektion rührt daher, daſs in den Drüsenfollikeln verhornte Epithelproliferationen entstehen, sowie dermo-epidermale Erhabenheiten, die sich auf der Schleimschicht bilden und cystische Gebilde mit hornigem Inhalt repräsentieren. Der dermitische Prozeſs hat den Charakter eines Granuloms, und die eitrigen Komplikationen müssen als accidentelle Zustände betrachtet werden. Diese warzenartige Dermitis kann sich zwar im Gefolge verschiedener Dermatosen zeigen; in pathogenetischer Hinsicht muſs sie aber als eine selbständige Affektion betrachtet werden, deren Evolution sich um einen fixen Punkt, die malpighianischen Cysten, abspielt.

Folliculitis staphylogenes vegetans, von Truffi. Die Affektion zeichnet sich aus durch das Auftreten von ganz gutartigen kleinen Tumoren, die sich rasch entwickeln, im Gesichte lokalisiert sind, bald vereinzelt, bald zu mehreren auftreten, ungestielt sind, einen oberflächlichen Sitz und das Aussehen von fleischigen Exkreszenzen haben, jedoch von Epidermis überzogen sind und von kleinen, follikulären Abscessen durchsetzt sind. Histologisch bestehen diese Tumoren aus jungem, an Zellen und neugebildeten Gefäſsen reichem Bindegewebe, das sich um den oberflächlicheren Teil der Follikel bildet, im inneren Abschnitte, in welchem sich ein eitriger Prozeſs abspielt infolge des Vorhandenseins von pyogenen Mikroorganismen. Dieselben Staphylokokken, welche die Follikulitis verursachen, sind auch die Ursache der Bindegewebsproliferation.

Nochmals über die Kontagiosität der tertiären syphilitischen Manifestationen, von Fanceschini. In den neueren Experimenten von Metschnikoff und von Neisser findet der Verfasser einen sicheren Beweis für seine anderwärts aufgestellte Behauptung, daſs die gummösen Produkte der Syphilis, bevor sie käsig degeneriert, übertragbar sind. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Ein Fall von erworbener Elephantiasis der Kopfschwarte, von Günther von Saar. (*Arch. f. klin. Chir.* 78. Bd. 4. Heft.) Bei einem jetzt 43jährigen Manne bildete sich an der Stelle mehrfacher Verletzungen der Kopfschwarte eine wurstähnliche Geschwulst von 15 cm Länge, 3 cm Höhe und 3 cm Breite. Die vordere Hälfte dieser Geschwulst fühlte sich knochenhart an und war auf der Unterlage nicht verschieblich; die hintere Hälfte war weich und verschieblich. Die makroskopische Diagnose: Elephantiasis arabum oder Pachydermia acquisita wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Nach der letzteren nimmt der Verfasser an, daſs im Beginn der Geschwulstbildung vielleicht eine Elephantiasis mollis, später eine Dura vorgelegen hat. Dann setzte eine mächtige Bindegewebsbildung ein, welche zunächst zur Stauung im venösen und Lymphgefäſssystem führte, zuletzt aber auch die arteriellen Gefäſse und die Kapillaren mit einbegriff. Es bleibt damit die Möglichkeit, daſs hierdurch ein natürlicher Stillstand des Prozesses eingetreten wäre, viel-

leicht sogar eine Art Selbstheilung. — Zwei farbige Abbildungen der Präparate, nach VAN GIESON und auf elastische Fasern nach der Methode von UNNA-TAENZER gefärbt, sind der Arbeit beigegeben. *Schourp-Dansig.*

Neue Gesichtspunkte in der Behandlung der Akne, von E. KROMAYER-Berlin. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 50.) K. unterscheidet in der Ätiologie der Akne folgende Momente:

1. Eine allgemeine Disposition (Pubertät, Magenkatarrhe usw.).
2. Eine lokale Disposition (Verhornungsanomalien der Follikel).
3. Die bakterielle Entwicklung im Follikel selbst.

K. bespricht dann ausführlich ein neues Behandlungsverfahren der Akne, das „Stanzen" der Akneknötchen, eine Operationsbehandlung, welche darauf beruht, runde Scheiben aus der Haut mittels rotierender Zylindermesser oder Kleinzylindermesser auszu„stanzen". Über das Verfahren ist in Bd. 40 *dieser Zeitschrift* ausführlich referiert worden. Die Fortschritte in der Aknebehandlung sollen nach K. folgende sein:

1. Bezüglich der allgemeinen Disposition: Beseitigung der Verdauungsstörungen im jugendlichen Alter.
2. Bezüglich der lokalen Disposition: Stanzen der zur Akne disponierten Follikel.
3. Bezüglich der Aknepusteln selbst: Entleerung des Eiters durch Stanzen des Follikelabscesses. *Putzler-Dansig.*

Ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf, von ROSCHER-Berlin. (*Charité-Annalen.* XXIX. Jahrgang.) Der Fall von Lichen ruber planus verrucosus, welcher in den ersten Monaten unter den Erscheinungen eines akuten nässenden Ekzems mit Bildung derber, gleichfalls nässender Infiltrate verlief, hatte nach Verfasser absolut nichts charakteristisches und wurde daher mit der Diagnose „Lichenoide Hautaffektion" bezeichnet, wobei die Wucherungen als sekundäre, durch das Kratzen bedingte Erscheinungen aufgefaßt wurden. Erst nach längerer Beobachtungsdauer konnte mit Sicherheit die Diagnose: Lichen ruber planus verrucosus mit Sicherheit gestellt werden, welche durch die später vorgenommene histologische Untersuchung ihre Bestätigung fand. Die nässende, ekzemartige Form des Lichen ruber verrucosus mit Bildung nässender, warziger Platten nebst dem ungewöhnlichen, akuten Verlauf ist ein durchaus fremdartiges Bild und gehört zu den größten Seltenheiten. Was den Zusammenhang des ekzemartigen Vorstadiums mit dem Lichen planus selbst anbelangt, so spricht nach R. der ganze Verlauf der Erkrankung, die Hartnäckigkeit bei lediglich lokaler Behandlung und das Zurückgehen der Erscheinungen unter Arsenbehandlung dafür, daß es nicht die Folge einer zufälligen Reizung sein kann, sondern als zum Wesen der Krankheit selbst gehörig aufzufassen ist. Definitiv geheilt wurde die Erkrankung, welche unter Arsen zwar langsame, aber deutliche Besserung zeigten, erst durch Röntgenisierung, eine Methode, welche sich bei hartnäckigem Lichen ruber verrucosus sehr empfiehlt.
Putzler-Dansig.

Ein seltener Fall eines streifenförmigen Lichen ruber planus, von JACOB GUMPERT-Berlin. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1905.) Zu kurzem Referat nicht geeignete, fleißige Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Die Röntgenstrahlenbehandlung des Lichen ruber planus, von LEOPOLD FREUND und M. OPPENHEIM-Wien. (*Ztschr. f. Elektrother. u. physik. Heilmeth.* 1905. Nr. 7/8.) Verfasser versuchten an FINGERS Klinik die Röntgentherapie bei einem typischen Fall von Lichen ruber planus verrucosus, bei dem Salben, Arsen, Kakodyl nichts genutzt hatten. Die Wirkung war sehr gut. Die Untersuchung excidierter Hautpartien zeigte, daß unter dem Einflusse der Röntgenbestrahlung die Rundzellen-

infiltrate des Lichen ruber sich in echtes Bindegewebe bildendes Granulationsgewebe umwandeln, womit die reparatorischen Vorgänge im Epithel Hand in Hand gehen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (BAZIN), von ALFRED KRAUS-Prag. (*Prager med. Wochenschr.* 1905. Nr. 40 u. 41.) Verfasser berichtet über vier Fälle, die das typische klinische Krankheitsbild des Erythema induratum BAZIN zeigten. Sämtliche Fälle betrafen Frauen usw. im Alter von 15, 17, 26 und 40 Jahren. Bemerkenswert war, dafs in einem Falle die Affektion durch eine hinzutretende Gravidität in ihrer Intensität wesentlich gesteigert wurde und nach deren Ablauf in auffälligem Mafse zurückging; in einem anderen Falle begann sie kurz vor dem Eintritt der Gravidität. Angaben über tuberkulöse Erkrankungen in der Familie waren in keinem der Fälle, tuberkulöse resp. skrophulöse Prozesse bei den Patienten selbst nur in einem Falle (Lymphdrüsenschwellung am Halse, geringe Reaktionserscheinungen über der rechten Lungenspitze im Gefolge der Tuberkulinreaktion) zu verzeichnen. In dem ersten durch Gravidität komplizierten Falle bestand eine schwere chronische Nephritis. Die beiden anderen Personen waren anscheinend völlig gesund. — Die histologische Untersuchung ergab in allen Fällen ein übereinstimmendes Resultat: vom subkutanen Fettgewebe ausgehende und vorwiegend in ihm lokalisierte entzündliche Wucheratrophie ohne spezifische Veränderungen und ohne Anhaltspunkte für Tuberkulose, wenn auch stellenweise der Tuberkulose ähnliche Bilder vorkamen; solche täuschenden Bilder sind bei hochgradigen Entzündungsprozessen im Fettgewebe, wenn es zur Wucherung des Plasmarestes der Fettzellen mit Bildung von Epitheloid- und Riesenzellen, sowie zur Gewebsnekrose kommt, nichts Ungewöhnliches. — Dies für Tuberkulose negative anatomische Resultat stand in Übereinstimmung mit dem klinischen Befund, den Ergebnissen der Tierversuche und der negativen lokalen Tuberkulinreaktion. — Eine ausschliefslich tuberkulöse Ätiologie, folgert Verfasser, kann für das Erythema induratum BAZIN nicht angenommen werden. Es kann auf Grund der verschiedensten Krankheitsprozesse — wie man annehmen mufs, bald lokaler, bald allgemeiner Natur — zu klinischen Bildern von knotiger, vom subkutanen Fettgewebe ausgehender Erkrankung der Haut kommen, wobei das anatomische Substrat jedesmal eine entzündliche Wucheratrophie des subkutanen Fettgewebes ist, die aber das eine Mal deutliche spezifische Charaktere darbietet, das andere Mal vermissen läfst. Verfasser sieht demnach im Erythema induratum ein weder klinisch noch histologisch begrenztes Krankheitsbild, sondern einen Sammelbegriff für verschiedene Arten von Erkrankungen.

A. Loewald-Colmar.

Erythema nodosum: Definition und ein Beispiel, von F. MEARA. (*Arch. of Pediatrics.* Aug. 1905.) Verfasser schildert das Krankheitsbild des Erythema nodosum und beschreibt anschliefsend einen von ihm beobachteten Fall, der sich durch heftige Schmerzen im Hypochondrium auszeichnete, so dafs man an eine Komplikation in den Zellenwegen dachte. Die verabreichten Salicylpräparate schienen den Verlauf der Krankheit nicht zu beeinflussen.

F. Hahn-Bremen.

Ein weiterer Beitrag zur Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik, von F. BLOEBAUM-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) Bl. hat schon früher über glänzende Erfolge berichtet, die er mit der galvanokaustischen Behandlung des Rhinophymas erzielt hat. Er bringt jetzt die Abbildungen eines nach seiner Methode behandelten Patienten vor und nach der Operation; aus ihnen läfst sich in der Tat ersehen, dafs „aus dem unförmigen, entstellenden Gewächs eine schöne, mit dem Gesicht des Mannes harmonierende Nase“ geworden ist.

Göts-München.

Zur Kenntnis der Akne cachecticorum (Hebra), von Otto Kren-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 7.) Die alte Auffassung Hebras über das bei Kachektischen, Skrophulösen, Skorbutische auftretende Bild der Comedonenlosen, überall zerstreut sich zeigenden Akne bleibt auch nach den histologischen Untersuchungen, die K. an einem 26jährigen, schwer skrophulösen Patienten der Riehlschen Klinik machte, zurecht bestehen, mögen nun nach Hebra, Kaposi, Neumann auch Stimmen aufgetreten sein, die wegen des Vorhandenseins von Riesenzellen den Prozefs zu dem der Tuberkuliden rechnen wollten. Die Akne cachecticorum Hebra ist eine bei Kachektischen vorkommende, entzündliche Affektion des Haarbalgdrüsenapparates ohne Komedonenbildung, die sich disseminiert über den ganzen Körper ausbreitet und histologisch sich als Follikulitis und Parafollikulitis darstellt. „Wir sind deshalb gezwungen, uns für die Selbständigkeit der von von Hebra als Akne cachecticorum bezeichneten Krankheit neuerdings einzusetzen und vor allem deren Streichung aus der Liste der Tuberkulide vertreten zu müssen." *Arthur Rahn-Berlin.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Das Carcinom ist eine parasitäre Erkrankung, von H. T. Butlin-London. (*Brit. med. Journ.* 16. Dez. 1905.) Verfasser bespricht ausführlich die klinischen und namentlich die histologischen Befunde, welche für die in der Überschrift aufgestellte Behauptung sprechen, und deutet die Aufgaben an, welche zur Klärung der Frage noch zu lösen sind. Eigentlich neue eigene Forschungen sind nicht in dem Vortrag enthalten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen protozoenähnlichen Mikroorganismus in malignen Tumoren und durch diesen erzeugte transplantierbare Geschwulstformen beim Tiere, von O. Schmidt-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 4.) Schmidt hat, wie er bereits im ersten Heft seiner Mitteilungen (Mitteilungen aus Dr. Schmidts Laboratorium für Krebsforschung, Hagen-Bonn) bekannt gegeben, in malignen Geschwülsten einen protozoenähnlichen Mikroorganismus in verschiedenen amöboiden vegetativen Entwicklungsstufen gefunden; den gleichen Parasiten, aber vorwiegend in geschlechtlichen Formen, wies er als Schmarotzer einer aus malignen Tumoren gezüchteten Mukoracee — des Mucor racemosus — nach. Der Parasit ist nach Schmidt der Erreger der bösartigen Geschwülste, die Mukoracee sein Zwischenwirt. Dafs die Pflanze als Zwischenwirt fungiert, hält Schmidt dadurch für erwiesen, dafs Mucor racemosus, der sicher frei von den als Parasiten angesprochenen Gebilden ist, durch Einimpfung in und auf Geschwulstgewebe mit den Parasiten infiziert wird und trotz vielfacher Umzüchtung diese als Schmarotzer behält. Durch Verimpfung parasitenhaltigen Mukors auf weifse Mäuse und Ratten gelang es in sechs Fällen, echte Geschwülste zu erzeugen; fünf davon hatten malignen Charakter, sie erwiesen sich mikroskopisch als Carcinome oder Sarkome und verursachten auf Tiere derselben Art transplantiert Tumoren vom Bau der Primärgeschwulst. Die Malignität erfuhr durch Übertragung von Geschwulstpartikeln von Generation zu Generation eine Steigerung. Die fünf malignen Tumoren entstanden an den Injektionsstellen und zwar alle nach fast gleich langer — etwa fünfmonatlicher — Inkubationszeit. Die ersten drei Fälle hat Schmidt bereits im zweiten Hefte seiner „Mitteilungen" beschrieben; sie zeigten den Typus der Jensenschen Tumoren. Bei einer vierten Maus — einem Männchen — bildete sich ein echtes Carcinom, das vom Epithel der Mamma ausging. Der fünfte Fall endlich war ein Fibrosarkom bei einer weifsen Ratte; Geschwulstpartikelchen auf

Ratten derselben Zucht transplantiert, bewirkten die Entstehung von reinen Spindelzellensarkomen. Der sechste Tumor, der zur Beobachtung kam, war ein Adenom; die Transplantation hatte in diesem Falle keinen Erfolg.

Wie Schmidt ebenfalls schon mitgeteilt hat, gelang es ihm, bei Carcinom- und Sarkomkranken durch Injektion abgetöteter Reinkulturen seines Parasiten spezifische Reaktionen allgemeiner und lokaler Natur — ziemlich beträchtliche Temperatursteigerungen und am Sitze der Geschwulst Schwellung, Rötung und Schmerzen — hervorzurufen. Bei Tumoren, die an der Oberfläche breit aufgebrochen sind, bleibt die lokale Reaktion aus, weil das sich bildende Exsudat gut abfließen kann.

Schmidt glaubt, daß durch monatelang fortgesetzte Injektionen seiner Kulturen maligne Tumoren in den Initialstadien zur Heilung gebracht werden können; „in Betracht kommen selbstverständlich nur Fälle, die dem Messer überhaupt nicht zugänglich sind, und inoperable kleine Rezidive". Hauptsächlich aber empfiehlt Schmidt den Versuch, durch einige Injektionen nach der operativen Entfernung eines Tumors etwa zurückgebliebene Keime zu vernichten und eine Immunität gegen Rezidive zu erzielen. *Göts-München.*

Der Krebs der Haustiere, von C. O. Jensen-Kopenhagen. (8. Intern. Kongreß in Budapest 1905.) J. hat im Laufe von fünf Jahren die Geschwulst von Maus auf Maus 35 Generationen hindurch transplantiert und ca. 1000 Mäuse krebskrank gemacht. Die Untersuchungsresultate faßt er wie folgt zusammen: Die Mäusecarcinome haben denselben histologischen Bau wie die Carcinome des Menschen und der Haustiere. Da sie unter gewissen Verhältnissen ein infiltratives Wachstum und eine ausgesprochene Fähigkeit zu Metastasenbildung zeigen, auch das Tier unter Symptomen der Kachexie töten, sind sie den Krebsgeschwülsten der Menschen und der Haustiere, zwischen denen es ja auch keinen Unterschied gibt, als gleichwertig an die Seite zu stellen. Die Übertragung auf andere Tiere ist eine reine Transplantation; nur das unplantierte Gewebe proliferiert, während die Gewebe des geimpften Tieres sich im wesentlichen nur passiv verhalten. Anhaltspunkte für die Annahme eines parasitären Ursprungs wurden nicht gefunden. Die Eigentümlichkeiten der Krebszellen blieben trotz zahlreicher Transplantationen unverändert. Veränderungen, die durch äußere Einwirkungen auf die Zellen entstanden sind, scheinen nach Transplantation auf eine neue Maus zu verschwinden. Die große Wachstumsfähigkeit der Geschwulst ist nicht in einem besonderen Zustande des umliegenden Gewebes zu suchen, sondern nur in Eigentümlichkeiten der Geschwulstzellen selbst. Bei der Impfung mit einer bestimmten Sorte Krebszellen sind nicht alle Mäuse gleich empfänglich; es zeigen sich Rassen- und Stämmeverschiedenheiten, auch individuelle Eigentümlichkeiten. Isoliertes Krebsgewebe kann sich in abgekühltem Zustand bis zu 18 Tagen lebendig erhalten; bei Körpertemperatur fällt es in wenigen Stunden einer Autolysis anheim. Durch Behandlung isolierter Gewebestückchen und darauffolgende Einimpfung derselben ist es möglich gewesen, die Widerstandsfähigkeit der Krebszellen einer Reihe von Schädlichkeiten gegenüber (Eintrocknung, Erhitzung, Erfrierung, Einwirkung des Lichtes, der X-Strahlen und des Radiums, chemischer Stoffe usw.) näher zu bestimmen. Die Herstellung eines wirksamen Krebsserums scheint mit großen Schwierigkeiten verbunden zu sein; Verfasser hat seine Resultate im Jahre 1903 dahin präzisiert: Eine Anzahl von Mäusen scheint im Besitz einer natürlichen Immunität den Krebszellen gegenüber zu sein. Es scheint möglich zu sein, gesunden Mäusen eine aktive Immunität gegen die Krebszellen beizubringen.

Es erscheint ebenfalls möglich, Mäuse, welche schon durch Impfung kleine Geschwülste bekommen haben, zu immunisieren mit dem Resultat, daß das Geschwulstgewebe zerfällt und resorbiert wird.

Es ist ferner möglich, durch Einimpfung gequetschter Geschwulstmasse auf Kaninchen ein spezifisches Heilserum darzustellen. Dagegen war es unmöglich, Methoden zu finden, die ein sicheres Resultat garantierten. *Putzler-Dansig.*

Infektiöse und krebsige Geschwülste an den Geschlechtsorganen des Hundes, von Anton Sticker-Frankfurt. (*Arch. f. klin. Chir.* Band 78, Heft 4.) Infektiöse Neubildungen an den Geschlechtsorganen bilden ein sehr gewöhnliches Vorkommnis beim Hunde. Sie entstehen nach länger andauernden Reizzuständen. Die anfänglich kleinen papillösen Erhebungen wachsen zu blumenkohlartigen derben Gewächsen. Ein zweiter infektiöser Geschwulstprozeſs beginnt nach einem chronischen eitrigen Katarrh der Präputial- und Vaginalschleimhaut und führt zur Bildung von erbsengroſsen, rundlichen Geschwulstknoten. Die histologische Untersuchung zeigt im ersten Falle vergröſserte Papillen, welche aus gefäſshaltigem Bindegewebe bestehen und Rundzellen enthalten, im zweiten Falle finden sich inmitten eines spärlichen bindegewebigen Stromas follikelartig gehäufte, zahlreiche, dicht gedrängte Lymphzellen, die bis dicht unter die Epithelschicht reichen. Die spontane Übertragung des Sarkoms an den Geschlechtsorganen des Hundes wird durch die oberflächliche Lage des Sarkoms und dessen Neigung zu Durchbrüchen und durch die besondere Art des Begattungsaktes — Zusammenhängen der Hunde — begünstigt. Durch das Experiment konnte Verfasser feststellen, daſs dieselbe Geschwulstmasse bei dem einen Hunde Tumoren erzeugte, welche nach einiger Zeit in ein regressives Stadium traten und schlieſslich verschwanden, bei anderen Hunden zu progressiver Geschwulstbildung mit vollständig malignem Verlauf und letalem Ausgang Anlaſs gab. Der Verfasser hat experimentell dargetan, daſs ein Krebs spontan ausheilen kann und daſs es auch bei der Krebskrankheit eine aktive Immunität gibt. *Schourp-Dansig.*

Über den Einfluſs des Lichtes auf die Entstehung von Hautkrebs, von J. N. Hyde-Chicago. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1906.) Ausgehend von der Beobachtung, daſs Xeroderma pigmentosum unzweifelhaft durch die Einwirkung von Sonnenstrahlen auf eine übermäſsig empfindliche Haut hervorgerufen werden kann, und daſs andererseits diese Affektion im weiteren Verlauf den Übergang zu Hautkrebs darbietet, hat Verfasser durch ein genaues Studium der Statistiken über die Sterblichkeitsverhältnisse in den Vereinigten Staaten von Nordamerika festzustellen gesucht, inwieweit für die sonstige Entstehung von Krebs der Haut ein Einfluſs des Sonnenlichtes wahrscheinlich erscheint. Analog der Einwirkung von Arsenik, welches einmal ein Atrophieren von krebsigen Gebilden, ein anderes Mal in anderer Dosierung direkt die Entstehung von Carcinomen zu fördern scheint, haben die chemischen Strahlen des Spektrums zunächst eine hyperämisierende Wirkung und führen im weiteren Verlauf zu Pigmentablagerung, dann aber auch zur Atrophie und zur Krebsbildung. Aus den Statistiken ist eine weitere Bestätigung zu entnehmen, indem der Krebs im allgemeinen bei den mit widerstandsfähiger, pigmentierter Haut versehenen Negerrassen entschieden seltener ist als bei der weiſsen Bevölkerung (7,9 : 9,1). Auch gibt die landwirtschaftbetreibende weiſse Bevölkerung einen auffallend hohen Prozentsatz von Erkrankungen an Hautkrebs gegenüber anderen Berufsarten. Bei ihnen wird die Haut während des Winters geradezu dem Sonnenlicht entwöhnt, da sie (in den Nordstaaten wenigstens) nach der Erntezeit tatsächlich kaum Grund haben, ihre Wohnungen zu verlassen. Auſser den hier kurz wiedergegebenen Details enthält die Arbeit noch etliche bemerkenswerte Einzelheiten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kasuistik und Histologie des Hautkrebses, von Hermann Cohnen. (*Arch. f. klin. Chir.* 78. Bd. 4. Heft.) Zwei Fälle von Hautkrebs. In dem einen ist es sicher, daſs er nicht von Deckepithel der äuſseren Haut ausging, da dieses frei, unberührt und vollständig intakt über denselben hinwegzieht. Die mikroskopische

Struktur weist darauf hin, daſs er von den Hautdrüsen ausging: er kann von einer fertigen postembryonalen Talgdrüse ausgegangen sein oder es kann sich in der embryonalen Zeit ein Drüsenkeim aus dem Zellstaate abgelöst oder später die drüsig gebaute Geschwulst hervorgebracht haben. In dem zweiten beschriebenen Falle besteht ein so ausgesucht drüsiges Wachstum, daſs es schwer ist, ihn nicht auf eine Talgdrüse zurückzuführen. Es handelt sich sicher um ein Adenocarcinoma sebaceum.

Schourp-Dansig.

Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautcarcinom, von P. Glimm-Greifswald. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 37. Heft 1.) Das exstirpierte Hautcarcinom entstammte dem Oberarm eines 61jährigen Patienten und schien bei makroskopischer Betrachtung das bei Hautkrebsen mehrfach beobachtete Vorkommen von Verkalkung darzubieten. Bei mikroskopischer Untersuchung der nach Gram bezw. Ernst und Unna gefärbten Gefriermikrotomschnitte zeigte sich, daſs diese für die Verhornung besten Färbungsmethoden und Reaktionen positiv ausfielen. Der Verfasser glaubt daher, diese ungewöhnliche Degenerationsform als einen Verhornungsprozeſs auffassen zu dürfen, bei welchem auch eine hyaline Degeneration der Epithelien zu beobachten ist. Besonders interessant ist bei dem Tumor die Gröſse der Zellkomplexe, die fast Erbsengröſse erreichen. Einen derartigen Umfang der Verhornung finden wir sonst nicht bei Hautkrebsen. Während beim gewöhnlichen Verhornungsprozeſs in Hautcarcinomen die konzentrische Anordnung der Zellen im Vordergrunde steht, ist hier neben der konzentrischen Anordnung um eine Hautperle festgestellt worden, daſs die Zellen sich einfach aneinander legen, stellenweise sich zu groſsen Gebilden vereinigen, dann auch in feineren Bändern, stets ohne Abkapselung die Geschwulst durchziehen. Ferner erfolgt diese Verhornung in sehr schnellem Tempo ohne groſse begleitende Vorgänge. Keratohyalin ist in den verhornten Zellen niemals vertreten, vielleicht infolge starker Kompression oder groſser Feuchtigkeit. Die Kerne bleiben, wie bei den trockenen Hautkatarrhen, erhalten. Die Auffassung, daſs diese Verhornung durch Einstützung und fortschreitendes Tiefenwachstum der verhornten Zellen des Oberflächenepithels in die Carcinomepithelien zustande gekommen ist, lehnt Glimm als unrichtig ab, da die verhornten Krebszellen niemals einen Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel erkennen lieſsen. *Schourp-Dansig.*

Der Krebs des Zahnfleisches, von Yves le Droumaguet. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 482.) *Fritz Loeb-München.*

Über lymphangitisches Ödem des Armes nach breiter Abtragung der Brust wegen Carcinom, von Charles Poirson. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 448.)

Fritz Loeb-München.

Ein neues Verfahren der unblutigen Zerstörung von Krebsgeschwülsten durch basale Mortifikation mittels technischer Starkströme, von H. Strebel-München. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 5.) Str. hat innerhalb zweier Jahre siebenmal bei Krebs der Brustdrüse ein Verfahren erprobt, das seiner Meinung nach in seiner Wirkung immer sicher im Effekt, gefahrlos und ohne subjektive unangenehme Nachwirkungen ist und darin besteht, daſs er die elektrolytische Energie des technischen Starkstroms von 110—220 Volt mit der zwischen zwei Punkten gröſster Dichtigkeit beim Stromdurchgang durch Widerstandserhöhung infolge Herabsetzung der Leitfähigkeit im Gewebe auftretenden beträchtlichen Wärmeentwicklung kombinierte, wobei durch die basale Anordnung der Elektroden eine fast momentane Aufhebung aller Gefäſse und Gewebe erfolgt. Das Wesentliche des Verfahrens liegt in der durch Starkstromelektrolyse bedingten raschen Austrocknung des Gewebes am positiven Pol, in der dadurch bedingten starken Herabsetzung der Leitungsfähigkeit der Gewebe, also Widerstandserhöhung für den Strom, welche sofort starke Tempe-

raturerhöhung im Gewebe bedingt, die ihrerseits zum Gewebstod durch Gerinnung des Zellinhalts, Thrombosierung der zu- und abführenden Gefäße und Aufhebung der Ernährung der entfernten und vom elektrischen Trauma nicht direkt getroffenen Gewebsteile führt. Das Verfahren eignet sich für Brustdrüsen- und Hautkrebs sowie den Krebs der unteren Gebärmutterabschnitte. *Putzler-Danzig.*

Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Carcinome, von Schücking-Pyrmont. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 9.) Einer 56jährigen Frau mit inoperablem Uteruscarcinom, welches das ganze Scheidengewölbe und einen größeren Teil des Beckens einnahm, wurden zwei Kapseln mit 1 und 2 mg Radium, auf Stäbchen armiert, eingelegt. Die Dauer des Versuches betrug fünf Wochen. Danach war die gesamte Oberfläche der Krebswucherung zerstört. Der jauchige Zerfall hatte völlig aufgehört. Sechs bis neun Tage nach Entfernung des Radiums war an den mit Granulationen bedeckt gewesenen Stellen ein narbiger Verschluß eingetreten. — Schücking betont den in seinem Falle gelieferten Nachweis der besonderen energischen Wirkung des Radiums bei verhältnismäßig geringer Intensität der Strahlung und bei längerer ununterbrochener Dauer der Applikation. *Schourp-Danzig.*

Über die Behandlung von Hautcarcinomen mit Röntgenstrahlen, von Löser-Frankfurt a. M. (*Festschr. f. Röntgen.* IX.) Die Resultate, welche auf Herxheimers Klinik bei Carcinomen der Haut mit Röntgenstrahlen erzielt wurden, sind bisher nicht sehr ermutigend. Unter 20 Fällen sind nur drei Heilungen aufzuweisen, und auch diese sind nicht ganz feststehend, da die rezidivfreie Zeit erst $1^1/_2$ Jahre beträgt. Bei fünf Fällen ist nur eine Besserung eingetreten, obgleich vier von ihnen bereits länger als ein Jahr mit Röntgen behandelt wurden. Acht Fälle wurden bisher noch zu kurz behandelt, um eine Kritik zu üben. Das Resultat bei den restierenden vier ist folgendes: Im Fall I und III hatten die Röntgenstrahlen, so lange sie in Anwendung kamen, einen guten Erfolg zu verzeichnen. Die Verjauchung sistierte, die Tumoren verkleinerten sich und die gereinigten Geschwüre kamen zur Überhäutung, so daß Fall II als geheilt entlassen werden konnte. Mit Aussetzen der Therapie traten jedoch sofort wieder Rezidive auf, und bei den vorgenommenen Sektionen zeigte sich, daß das Carcinom in beiden Fällen in gleicher Weise, wie es oberflächlich geheilt, in die Tiefe weiter gewuchert war, so daß es sich also nur um Scheinerfolge handelte. Bei Fall III und IV war der objektive Befund während der ganzen Dauer der Röntgentherapie stets unverändert, im Fall III konnte sogar ein geringes Weiterschreiten des Carcinoms konstatiert werden. Subjektiv hatte jedoch diese Therapie eine Zeitlang zweifellos einen geringen Erfolg, da die Schmerzen nachließen. Je länger aber in beiden Fällen die X-Strahlen in Anwendung kamen, um so mehr schwand auch diese Wirkung. Es waren also die Heilerfolge nicht glänzend. Nach Verfassers Erfahrungen können daher die Röntgenstrahlen bei der Carcinombehandlung nur dann in Frage kommen, wenn es sich 1. um kleine, oberflächlich gelegene Carcinome, 2. um Carcinome, bei denen ein chirurgischer Eingriff verweigert wird, 3. um inoperable Carcinome handelt. Bei größeren jedoch, die noch Aussicht haben, mit dem Messer erfolgreich exstirpiert werden zu können, ist die Anwendung der Röntgenstrahlen nicht angebracht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Behandlung des Zungenkrebses mit Röntgenstrahlen auf Grund von drei Fällen, von H. Kanitz-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 52—53.) In einem Falle ist der primäre Krebsherd deutlich zurückgegangen, in zwei Fällen war der Erfolg negativ; es schien sogar, daß durch die Röntgenbestrahlung eine stärkere Vergrößerung des Tumors angeregt wurde. Die Lymphdrüsenmetastasen (Haut mit Stanniol geschützt) konnten nicht beeinflußt werden. Auf die Bestrahlung des pri-

mären Krebsherdes vergrößerten sich die Drüsenmetastasen ungewöhnlich schnell. (Die Intensität der Bestrahlung ist leider nicht gemessen worden. D. Ref.)

B. Kollarits-Budapest.

Das Epitheliom auf der Oberfläche von Schleimhautleukoplasien, von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 47.) R. hat unter 40 Schleimhautepitheliomen acht beobachtet, die, von Leukoplasien des Mundes oder der Zunge ausgegangen, einen gutartigen Verlauf nahmen. Die Tumoren rezidivierten nach der Exstirpation in längeren oder kürzeren Zwischenräumen immer wieder, ohne dabei aber ihren ursprünglichen Charakter zu verlieren; die Rezidive saßen stets an anderen Stellen als die zuletzt entfernten Geschwülste. Drüsenschwellung trat fast niemals auf, wo sie vorhanden war, stellte sie lediglich eine banale Entzündung dar. Auch auf Leukoplasien anderer Schleimhäute sah R. solche gutartige Epitheliome sich entwickeln. Der Grund des benigneu Verlaufes ist vielleicht darin zu suchen, daß die leukoplastisch veränderte Schleimhaut stark verdickt ist und dadurch die Entwicklung des Tumors nach innen hindert. Doch ist der gutartige Verlauf der Leukoplasie-Epitheliome durchaus nicht die Regel; R. selbst sah ein solches nach achtjährigem Bestande maligne werden. — Von den Leukoplasie-Papillomen sind die Epitheliome durch ihr Aussehen leicht zu unterscheiden.

Götz-München.

Ein Fall von Gesichtsepitheliom, behandelt mit dem Galvanokauter, mit Röntgenstrahlen und mit Exzision, von J. H. Woodward. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1906. Nr. 8.) Ein 70jähriger Mann bekam auf der linken Wange nahe dem Nasenflügel eine kleine Ulceration von einem 1/4 Zoll Durchmesser. Nach Anwendung des Galvanokauters trat Heilung ein, aber bald begann die Narbe aufs neue zu exulcerieren. Eine dreimonatige Röntgenbehandlung führte scheinbar zur völligen Zerstörung des kranken Gewebes. Jedoch trat ein Monat nach der Röntgenbestrahlung wieder eine Exulceration der Narbe ein. Nun entschloß sich der Verfasser zur Exzision der Hautveränderung bis in das Gesunde hinein mit dem Erfolg, daß bis jetzt — 1 1/2 Jahre nach der Exzision — keine Ulceration mehr folgte.

Schourp-Danzig.

Röntgenstrahlen und Radium bei Epitheliom, von Eduard Schiff-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Kurzer Bericht über drei Fälle von Epitheliom des Gesichts, von denen zwei mit Radium, der dritte mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Das Radium ließ Sch. jedesmal eine Stunde lang einwirken; in einem Falle genügten sechs, im zweiten zehn Sitzungen, um völlige Heilung herbeizuführen. In dem mit Röntgenstrahlen behandelten Falle brachten 14 Sitzungen von je zehn Minuten Dauer Heilung; gleichzeitig atrophierte eine im Bestrahlungsgebiet liegende Warze auf der Wange, während zwei Warzen, die außerhalb des Bestrahlungsgebietes saßen, intakt blieben.

Daß bei Epitheliomen mit der Strahlenbehandlung vorzügliche Erfolge erzielt werden können, ist außer Zweifel. Sch. wendet in der Regel ein gemischtes Verfahren an, indem er je nach dem klinischen Bilde kleine operative Eingriffe (Abtragung, Auskratzung usw.) oder chemische Agentien (Arsen, Wasserstoffsuperoxyd usw.) anwendet, um die Wirkung der Strahlen zu unterstützen und die Heilungsdauer möglichst abzukürzen. Da nicht jedes Epitheliom auf jede Behandlungsmethode in der gleichen Weise reagiert, muß ein radikaler Wechsel im Verfahren eintreten, wenn nicht schon nach wenigen Tagen eine günstige Wirkung zu erkennen ist.

Götz-München.

Über primäres und sekundäres Epitheliom des äußeren Ohres mit besonderer Berücksichtigung der Therapie, von Louis Serre. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 116.) Ekzeme und Kratzwunden scheinen die wichtigste Rolle in der Ätiologie

der Epitheliome des äußeren Ohres zu spielen. Therapeutisch kommt nur die totale Abtragung des Tumors und die Entfernung der benachbarten Drüsen in Betracht. Der Modus der Operation wird vom Verfasser eingehend geschildert.

Fritz Loeb-München.

Neue Versuche von experimenteller Inokulation von Hautsarkoma (Kaposi), von A. Realr. Nach diesen im dermosyphilopatischen Institut der Universität Neapel unternommenen Versuchen kann ein ins Unterhautzellgewebe eines Kaninchens transplantiertes Sarkomknötchen nicht nur mehr denn drei Jahre an der transplantierten Stelle verbleiben ohne zu verschwinden, sondern bei der histologischen Untersuchung zeigt es sich, daß, wenn es länger dort verblieben wäre, es höchst wahrscheinlich in eine Phase der Entwicklung eingetreten wäre. In bezug auf den histologischen Befund, besonders was die Gefäße innerhalb der Kapsel anbelangt, so kann der Verfasser nur bestätigen, was er bereits in einer früheren Arbeit niedergelegt hat. *C. Müller-Genf.*

30 Fälle von Carcinoma linguae, von A. Jahr. (Inaug.-Dissert. Jena 1903.)

Fritz Loeb-München.

Über das Zungensarkom, von L. Chanu. (*Thèse de Paris.* 1903. Nr. 302.)

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kasuistik der Zungensarkome, von A. Kohl. (Inaug.-Dissert. Bonn 1903.) *Fritz Loeb-München.*

Diagnostische, prognostische und therapeutische Studie über das Zungensarkom, von Lelieux. (*Thèse de Lille.* 1903. Nr. 130.) *Fritz Loeb-München.*

Über Röntgenbestrahlung der Sarkome, von R. Kienböck-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* IX. Heft 5.) Den zahlreichen in der Literatur niedergelegten Fällen von mit Röntgen behandelten Sarkomen fügt Verfasser seine eigenen zehn Beobachtungen hinzu. Es zeigt sich, daß die Radiotherapie bei Sarkomen sehr gute Erfolge aufweisen kann. Die lokale Wirkung besteht in Verkleinerung der Geschwulst, in Heilung von etwa vorhandenen Ulcerationen und in Beseitigung der Schmerzen, was fast regelmäßig auftritt. Die Allgemeinwirkung besteht in einer Besserung des Allgemeinbefindens, Kräftezustandes, des Appetits und Schlafes und einer Besserung der Anämie. Das Körpergewicht nimmt zu. Der Erfolg der Röntgenbehandlung bei Sarkom zum Mißerfolg verhält sich wie 3 : 1. Bei den von der Haut- und von den Lymphdrüsen ausgehenden Sarkomen tritt in der Regel Schrumpfung bis Schwund durch Röntgenbehandlung ein, bei den von anderen Drüsen und Knochen entspringenden Geschwülsten ist dieses nur selten zu konstatieren. Die Sarkome sind günstig für Radiotherapie, wenn sie oberflächlich von der Haut oder den Lymphdrüsen ausgehende, in raschem Wachstum begriffene weiche Tumoren sind. Die Heilung kann eine dauernde sein, schädlich wirkt die Radiotherapie jedenfalls nie. Neben den oberflächlichen Hautsarkomen ist die Radiotherapie angebracht bei allen Fällen von inoperablen Sarkomen oder bei schlecht operablen Chirurgen zur Unterstützung des Chirurgen. Zum Schluß wird noch die Technik besprochen. Man soll nicht nur den Tumor, sondern auch die infiltrierten regionären Drüsen bestrahlen. Man verwendet mittelweiches bis hartes Licht, indem man die Fokaldistanz größer oder kleiner nach der Konfiguration und Größe der zu bestrahlenden Region wählt; die Umgebung wird mit Bleiplatten gedeckt, und wird soviel Lichtmenge verabreicht als die Haut verträgt. Es soll nur bis zur Bildung einer Röntgendermatitis ersten Grades exponiert werden. Natürlich ist eine sorgfältige Dosimetrie notwendig. Die Dauer der Behandlung hängt von der Wirkung ab, eine Überexposition ist zu vermeiden, weil man dabei die Behandlung nicht in entsprechender Stärke fortsetzen kann. Dazu dient die Dosimetrie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome, von ALBERS SCHÖNBERG-Hamburg. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 1 und Verhdlg. des Berl. Röntgenkongresses 1905.) Ein 44jähriger Mann weist auf dem Rücken zwei ca. fünfmarkstückgroſse Tumoren auf, welche auf Grund histologischer Untersuchung eines exzidierten Stückchen als kleinzelliges Rundzellensarkom angesprochen werden müssen. Unter therapeutischer Bestrahlung im Röntgeninstitut in acht Sitzungen von 44 Minuten Gesamtexposition tritt ein auſserordentlich schneller Heilerfolg ein. Sehr wesentlich für den guten und raschen Erfolg ist die Qualität der Röntgenröhre, von welcher zu verlangen ist, daſs sie während der Dauer der Exposition den richtigen Härtegrad (W. 5—6) unabänderlich festhält. Daſs dies in dem beschriebenen Falle geschah, wurde durch Kontrolle mittels der WATTERschen Härteskala festgestellt.

Schourp-Dansig.

DARIERs Krankheit, von H. W. MOOR-St. Louis. (*St. Louis Courier.* März 1906.) M. berichtet über einen Fall dieser seltenen Krankheit, welcher durch X-Strahlen drei Monate hindurch behandelt und bedeutend gebessert worden ist, während bisher keinerlei Behandlungsart diese Krankheit beeinfluſst hat. Der unmittelbare Einfluſs der Röntgenstrahlen bestand darin, die Sekretion aus den fungusartigen Gewächsen in der Genito-Cruralgegend zur Eintrocknung zu bringen; in wenigen Wochen waren die Wucherungen auffallend kleiner geworden, sie zeigen jetzt nur noch den fünften Teil ihres ursprünglichen Umfangs (vor Beginn der Röntgenbestrahlung) und zugleich Besserung der subjektiven Beschwerden (Schmerzen und Brennen).

Stern-München.

b. *Benigne.*

Über einen seltenen Fall von Narbenkeloid, von M. SUAREZ. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas.* 1906. Nr. 22.) Bei einem Manne, der wegen einer Analfistel operiert worden war, entwickelte sich noch vor der vollständigen Heilung der Wunde ein Narbenkeloid, das allen therapeutischen Eingriffen (verschiedene Salben und Pflaster, Skarifikationen usw.) trotzte, bis man zur Anwendung der Röntgenstrahlen Zuflucht nahm, worauf nach einigen Sitzungen Heilung eintrat.

C. Müller-Genf.

Narbenkeloid nach Laparotomie, von ZACHARIAS-Erlangen. (Sitzungsprotokoll der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig im *Centralbl. f. Gynäk.* 1905. Nr. 51.) ZACHARIAS demonstriert das Präparat eines Narbenkeloids, das sich nach Operation eines blennorrhoischen Adnextumors bei einer 26jährigen Patientin im Laufe von 2¼ Jahren allmählich entwickelte und von ihm vor einem Jahre exstirpiert wurde. Oberhalb der Symphyse im unteren Narbenwinkel kam es zur Bildung einer Gruppe von ca. einem Dutzend dicht beieinander und breit aufsitzender kugeliger Gebilde, die zusammen etwa 8 cm über das Niveau der Bauchdecke vorsprangen und insgesamt ungefähr die Gröſse einer mittleren Kartoffel hatten. Auch am oberen Narbenende konnte man eine Geschwulst von der Gröſse und Form eines Uniformknopfes feststellen und eine ebensolche in der rechten groſsen Labie. Im übrigen zeigte die Narbe ganz normale Verhältnisse.

Der scheinbar spontan aufgetretene Keloidknoten in der groſsen Labie hat sich nach Verfasser höchstwahrscheinlich auf Grund einer Rasiermesserverletzung bei der Vorbereitung zur Operation entwickelt. Die histologischen Bilder des Präparates zeichnen sich durch die verhältnismäſsig gute Ausbildung des Papillarkörpers aus. — Über das weitere Schicksal der Patientin nach Exstirpation des Keloids hat Verfasser nichts erfahren können.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Frage der elastischen Fasern beim Narbenkeloid, von TADDEI. (*Lo Sperimentale.* 1905. Heft V.) Gestützt auf seine Untersuchungen glaubt der Verfasser den ausgebildeten Fasern des umgebenden Derma jede Bedeutung bei der Regeneration des elastischen Gewebes absprechen zu können. Die Pathogenese des Narbenkeloids lasse sich nicht mit der Annahme einer primären, das elastische Netz der Cutis befallende Veränderung erklären. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis der subkonjunktivalen lipomatösen Tumoren, von AHLSTRÖM. (Beitr. z. Augenheilk. von R. DEUTSCHMANN. 1904.) Verfasser beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle von lipomatösen Tumoren der Konjunktiva, die zwei verschiedene Typen darstellen: im einen handelte es sich um ein reines Lipom, während der andere einen teratoiden Tumor darstellte, in welchem sich aufser einer Menge acinöser Drüsen auch eine Knochenlamelle fand. *F. Hahn-Bremen.*

Klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen über einen Fall von RECKLINGHAUSENscher Krankheit, von MONZARDO. (*Rif. med.* 1905. Nr. 35.) RECKLINGHAUSEN hatte bekanntlich als Ausgangspunkt der Neurofibrome die Nervenscheiden betrachtet. Der Verfasser glaubt aber, dafs in diesem Falle wenigstens an einzelnen Stellen des Tumors Überreste von Nerven hätten aufgefunden werden sollen, was dem Verfasser aber nirgends gelang. Verschiedene andere Autoren haben übrigens ebenfalls von dieser Unabhängigkeit der Neurofibrome von den Nerven gesprochen. Verfasser glaubt denn auch, dafs die wahre Neurofibromatose und die Dermofibromatosis pigmentaria, die im perivasculären oder periglandulären Bindegewebe ihren Ursprung nimmt, zu einer und derselben Kategorie gehören. Als ätiologisches Moment glaubt der Verfasser in dem vorliegenden Falle die Malaria beschuldigen zu können. *C. Müller-Genf.*

Über generalisierte Fibromatose der Haut, ihre Formen und ihre Natur, von M. P. H. SARAZANAS. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 170.) *Fritz Loeb-München.*

Xanthelasma und chronischer Icterus, von T. B. FUTCHER-Baltimore. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Dez. 1905.) Es wird ziemlich ausführlich über drei Fälle dieser Art berichtet, sämtlich bei Frauen. Das Alter der Kranken betrug je 39 (zweimal) und 42 Jahre. Bei zwei Fällen wurde eine Laparotomie ausgeführt; in einem Falle wurde die Diagnose durch die Autopsie bestätigt; es handelte sich um Gallensteine bei zwei Fällen, einmal mit, einmal ohne Lebercirrhose; bei der dritten Patientin fand sich nur Cirrhose. Die Hautläsionen zeigten sich in zwei Fällen zuerst an den Händen, dann an den Augenlidern und an anderen Körperteilen; im dritten Falle waren die Xanthomata auf die Augenlider beschränkt. Die Läsionen waren zum Teil auch tuberös; dabei konnte konstatiert werden, dafs diese Form sich histologisch nicht wesentlich von der flachen Form unterscheidet. Bei dem einen Falle liefs sich bei der Autopsie durch die mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein von Xanthomen an der Schleimhaut der Gallengänge feststellen; bei Fall I wurden dieselben Läsionen am Zahnfleisch beobachtet. Ein spontanes Verschwinden der Affektion fand bei Fall I nach 4½jährigem Bestehen statt. Nach der von einem Kollegen ausgeführten mikroskopischen Untersuchung kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs das Leiden endothelialen Ursprungs ist. Etwa bei ⅘ aller Fälle ist Icterus der Entwickelung der Gebilde an der Haut vorangegangen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fibroma molluscum gravidarum: ein neuer klinischer Begriff, von SAMUEL M. BRICKNER-New York. (*American Journ. of Obstetrics.* 1906. Bd. 53. Nr. 2.) Das Fibroma molluscum gravidarum ist eine Hautveränderung, welche in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft mit dem histologischen Charakter des Fibroma molluscum erscheint und post partum sich völlig zurückbildet. Es bildet sich am Nacken, auf

der Brust und unter den Mammae und ist oft hellgelb bis dunkelbraun pigmentiert; es ruft weder Schmerz noch Jucken hervor. *Schourp-Danzig.*

Plexiformes Neurofibrom, von Frank B. Wynn-Indianapolis. (*Journ. of the Americ. Med. Assoc.* 1906. Nr. 7.) Ein jetzt 19jähriger, schwachgebauter, blinder Mann mit Riesenkopf und Zwergkörper zeigte im zweiten Lebensjahre beginnende Schwellung der Augenlider, welche verdickten, verschwollen und die Augen verschlossen. Dann ging die Schwellung auch auf die Schläfen- und Scheitelgegend über, und es entwickelte sich ein unregelmäfsiges, schwammiges, leicht verschiebliches Gebilde im subkutanen Gewebe beider Wangen. Die Haut über diesen Schwellungen zeigt bräunliche, gefleckte Pigmentierung. Auch die Lippen sind enorm verdickt. Die histologische Untersuchung gibt keine Anhaltspunkte, dafs die Neubildung von dem Bindegewebe der Nervenstämme ausgeht; dagegen stützt sie die Ansicht von Lahmann, nach welcher diese Veränderungen von dem Gefäfsbau ausgehen durch das Fehlen von Nervenfasern und Mastzellen, durch aufserordentliche Zellenhäufung um die kleineren Gefäfse und durch das Vorhandensein von glatten Muskelfasern in den Drüsenschläuchen. *Schourp-Danzig.*

Multiples cavernöses Angiom der Brustdrüse, von Martini. (*Il Morgagni.* 1905. Nr. 12.) Es handelt sich um ein kräftiges Mädchen, bei dem sich in der einen Brustdrüse ein langsam wachsender Tumor entwickelt hatte, der schliefslich die Ablation des Organs erforderte. Die Geschwulst hatte bereits in der frühesten Kindheit begonnen und war von Naevi vasculares begleitet; langsames, aber stetiges Wachstum der Geschwulst mit vermehrter Turgeszenz während der Menstruation. Durch Kompression liefs sich der Tumor gröfstenteils reduzieren, Fehlen von Lymphdrüseninfiltration. Vikariierende Blutungen aus den Hautnävis. Invasion der ganzen Drüse durch die Neubildung. Die nähere Untersuchung der Geschwulst ergab, dafs das Drüsengewebe infolge von Kompression durch die cavernöse Neubildung fast vollständig verdrängt und atrophiert war; enorme Proliferation des Bindegewebes, starke Hypertrophie der Knäueldrüsen mit Dilatation der Tubuli, wahrscheinlich infolge der vermehrten Vaskularisation und des Reizes. *C. Müller-Genf.*

Repetierende Epistaxis in Verbindung mit multiplen Teleangiektasien der Haut, von C. O. Hawthorne-London. (*Lancet.* 18. Jan. 1906.) Auf diese höchst seltene Anomalie hat Osler schon aufmerksam gemacht. Im gegenwärtigen Falle handelte es sich um eine 49jährige Frau, Mutter von neun Kindern. Am Gesicht und an der rechten Hand sah man mehrere hellrote Flecke, und auf Befragen wurde angegeben, dafs Nasenbluten seit der Kindheit häufig aufgetreten sei. Der Vater, eine Schwester und eine Tochter der Patientin sollen ähnliche Läsionen darbieten, und alle ihre Kinder leiden öfter an Nasenbluten. Diese noch wenig erforschte Affektion ist nicht identisch mit Hämophilie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Selbstheilung des Angioms durch Ulceration, von Hugo Nathan-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 2.) N. berichtet über vier Fälle von Angiom bei Kindern von einigen Tagen bis zu zehn Wochen, in denen das Angiom ulcerös zerfiel; der Zerfall allmählich das ganze Angiom befiel, wie dann die Ulceration langsam ausheilte und schliefslich alle Spuren des Angioms bis auf eine Narbe oder einzelne Gefäfsverzweigungen in der Peripherie desselben schwanden. *Putzler-Danzig.*

Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Angiomegalie der Oberlider (Blepharochalasis der Autoren), von M. F. J. Masson. (*Thèse de Nancy.* 1903/04. Nr. 6.) *Fritz Loeb-München.*

Angiome an den Lidern; ihre Behandlung mittels Elektrolyse, von Jean Marie Joseph Garrot. (*Thèse de Bordeaux.* 1903/04. Nr. 71.)

Fritz Loeb-München.

Über einen gemischten kongenitalen Tumor der Zunge, von ROLANDO. (*Rif. med.* 1905. Nr. 49.) Der etwa mandarinengroſse Tumor wurde bei einem neugeborenen Kinde beobachtet, saſs auf der Zungenspitze und bildete ein bedeutendes Hindernis für die Ernährung und die Atmung. Histologisch gehört der Tumor zu den sog. Bidermomen von WILS, da in demselben Derivate zweier embryonaler Blättchen (Haut- und Nervenganglien vom Ektoderm), Bindegewebsubstanzen und Gefäſse mesodermalen Ursprungs nachgewiesen wurden. *C. Müller-Genf.*

Ein Ganglion auf dem Fuſsrücken, von ROBERT BONIN. (Inaug.-Dissert. München. 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Morbus Addisonii, von W. TIBBLES-Nottingham. (*Brit. Med. Journ.* 30. Dez. 1905.) Bericht über zwei Fälle, von denen der eine, ein Mann in mittleren Jahren, ziemlich rasch einen letalen Ausgang nahm unter merklicher Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit gleichzeitig mit dem Ansteigen der Krankheit, während der andere, eine 30jährige Dame, unter Anwendung von Eisen, Arsenik, Nux vomica usw. wesentliche Besserung erfuhr. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Morbus Addisonii infolge entzündlich-hyperplastischer Wucherung beider Nebennieren auf traumatischer Grundlage, von BORRMANN. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 86. Heft 6.) Der gesunde, kräftige Patient fiel von einem Wagen auf die Kante einer Kiste und erlitt einen Rippenbruch mit schwerer Quetschung der Seite; ein halbes Jahr kränkelte er nach dem Unfall und wurde nicht wieder ganz gesund. Dann bemerkte er dunkle Stellen an der Mundschleimhaut, seine Hautfarbe wurde dunkler, es traten Abmagerung, gastrische Krisen auf; die Diagnose wurde auf Morbus Addisonii gestellt. Vier Jahre nach dem Unfall starb er; bei der Sektion fanden sich die Nebennieren in groſse harte Tumormassen von weiſsgrauer Farbe verwandelt. Verfasser sieht das Auftreten des Morbus Addisonii als durch den Unfall bedingt für sichergestellt an. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von BREDA-Venedig. (1904.) Die beiden von dem Verfasser ausführlich beschriebenen Fälle betreffen ein neugeborenes Kind und einen 50jährigen Mann. Bei dem letzteren traten die ersten Symptome der Affektion erst mit dem 41. Lebensjahre auf. Daraus schlieſst er, daſs die Dermatose keineswegs ausschlieſslich eine Krankheit des Kindesalters ist. Ferner folgert er aus seinen histologischen Untersuchungen, daſs das letzte Wort über die histologische Struktur der Urticaria pigmentosa noch keineswegs ausgesprochen worden. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa, von ENGEL-Dresden. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 43, 1—4.) Der Verfasser beschreibt einen von ihm beobachteten Fall, welcher ein völlig normales, erblich nicht belastetes Kind betrifft. Dasselbe weist einen angeborenen, urticariaähnlichen Ausschlag auf; die Plaques persistieren, jucken nicht und nehmen allmählich eine bräunliche Färbung an. Während die Gesamtheit der Haut keine vasomotorische Reizbarkeit erkennen läſst, treten im Bereiche der erkrankten Partien von Zeit zu Zeit immer neue urticarielle Phänomene auf. Das anatomische Substrat der Effloreszenzen ist eine dichte Anhäufung von Mastzellen im verbreiterten Papillarkörper mit anschlieſsender Infiltration der Cutis, deren bindegewebige Bestandteile dabei weitgehend rarefiziert werden. In den basalen Epithelzellen über den Mastzellenanhäufungen ist, allerdings nicht immer, melanotisches Pigment eingelagert. Das erste und bleibende Kennzeichen der Urticaria pigmentosa ist die Mastzellenansammlung, zu welcher sich später eine Farbstoffablagerung gesellt und welche mit mehr oder minder ausgesprochenen vasomotorischen Reizerscheinungen einhergeht. Das kongenitale Auftreten des Leidens weist auf eine angeborene Neigung zur Bildung von Mastzellenkonglomeraten hin. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Ochronosis, von F. M. Pope-Leicester nebst **Bemerkung über die Beziehung der Alkaptonurie dazu**, von A. E. Garrod-London. (*Lancet.* 6. Jan. 1906.) Der vorliegende ist der elfte bisher veröffentlichte Fall dieser interessanten Affektion, welche bekanntlich in einer Ansammlung von dunkelbraunem bis kohlschwarzem Pigment in den Knorpeln besteht. Es handelte sich um eine 47jährige Frau, welche seit fünf Jahren eine dunkelbraune Verfärbung des Gesichts dargeboten hatte. Auf der Innenseite der Lippen fanden sich schwärzlich verfärbte Flecke. Die Ohren ebenso wie die Hände erschienen bläulich verfärbt. Ferner fand sich an beiden Konjunktiven je eine bläulichschwarze Pigmentablagerung. Seit zwölf Jahren hatte ein Ulcus cruris bestanden. Der Umstand, dafs dasselbe lange Zeit hindurch mit Karbolumschlägen behandelt worden war, wurde als Erklärung für die bestehende Dunkelfärbung des Urins angesehen. Auf Kupfer hatte der Urin keine reduzierende Einwirkung. In der einen Lungenspitze wurde eine Caverne diagnostiziert, und an einigen Zehen hatte sich Gangrän entwickelt. Patientin starb wenige Tage nach der Aufnahme. An sechs farbigen Abbildungen sind die Verhältnisse anschaulich demonstriert. Namentlich interessant und wichtig sind zwei mikroskopische Schnitte durch die Haut des Fingers und durch die Haut und den Knorpel des Ohres. An ersterem erkennt man, dafs die Pigmentablagerung bei dieser Anomalie nicht wie bei der Broncekrankheit im Rete Malpighi, sondern im subkutanen Bindegewebe stattgefunden hat. Am Ohr war der Knorpel in intensivem Grade mit Pigment durchsetzt. Über die anderen zehn in der Literatur verzeichneten Fälle gibt eine tabellarische Übersicht Auskunft.

In dem Zusatz zu diesem Berichte führt G. aus, dafs Patienten mit Alkaptonurie wohl eine gröfsere Disposition zu dieser Abnormität haben mögen, dafs aber bei der Mehrzahl der Fälle kein Alkapton im Urin gefunden worden ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

c. *Pigmentanomalien.*

Die Kakodylsäure bei der Behandlung des Morbus Addisonii, von Tito-manlio. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1905. Nr. 14.) Der vom Verfasser beschriebene typische Fall von Addisonscher Krankheit wurde mit subcutanen Injektionen von Natrium-Kakodylat behandelt. Das Resultat war ein vorzügliches, indem die Pigmentation sozusagen vollständig verschwand und der Allgemeinzustand ein vorzüglicher wurde, so dafs der Patient seinen unterbrochenen Beruf wieder wie vor der Erkrankung ausüben konnte. Die Kur hatte 45 Tage gedauert und die tägliche Dosis betrug 5 cg. Was die Pathogenese des Addison anbelangt, so sieht der Verfasser deren Ursache in einer Erkrankung des Gefäfssystems mit begleitenden Störungen im Nervensysteme.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisonii, von L. Golubinin-Moskau. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 5.) Bei einem 27jährigen Offizier hatte sich seit vier Jahren mit zunehmender Verfärbung der Haut und Abmagerung und Erschöpfung auch seitens des Herzens eine Nebennierenerkrankung herausgebildet, deren Charakter sich bei der vierten und fünften Tuberkulininjektion als tuberkulös erwies; denn der Patient reagierte einmal bei 0,005 im Laufe von acht Stunden mit einer Temperatursteigerung bis auf 38,7° C., und das andere (fünfte) Mal mit 0,004 bis auf 39,7° C.

Unter der Voraussetzung, dafs im Granulationsgewebe eines frischen tuberkulösen Prozesses unter dem Einflusse der X-Strahlen eine abgrenzende Atrophie erreicht werden könnte, nahm G. die Behandlung der rechten und linken Nierengegend von vorne her durch die Bauchwand auf je drei bis acht Minuten vor. Die Röhre

befand sich in einer Entfernung von 25 cm. Schon nach 25 Bestrahlungen (an 35 Tagen) wurde die Ernährung und Herztätigkeit des Patienten besser, und das Körpergewicht nahm um acht Pfund zu, auch die Verfärbung, namentlich an Hand und Gesicht, hellte sich auf; nach im ganzen 50 Sitzungen war der Patient gekräftigt, um eine Stellung annehmen zu können.

Inwieweit diese Besserung nachhält und nachhaltig zu erzielen ist, kann G. naturgemäfs nicht entscheiden, doch soll diese Beobachtung zur Nachprüfung anregen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Regressive Ernährungsstörungen.

Kritik über einige Theorien der Ätiologie von Gaundau und Ainhum, von von F. C. Wellmann - Benguella. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1906. Nr. 9.) Der in Westafrika lebende Verfasser wendet sich gegen die verschiedenen Theorien, welche bezüglich Gaundau und Ainhum aufgestellt sind. Gaundaugeschwülste entstehen nach seiner Anschauung im Anschluſs an Periostitis und sind nicht Folgeerscheinungen von Yaws oder von Lues oder von Mifsbildungen im Anschluſs an Nichtvereinigung von Nasen- und Stirnbein oder von Ansiedelungen von Insektenlarven in den Nasenlöchern. — Bezüglich Ainhum wendet sich Wellmann gegen die Anschauung des Zusammenhanges mit Lepra, sowie gegen die Auffassung der Krankheit als Trophoneurose oder Sklerodermie, und spricht sich zugunsten der Ansicht da Silva Lamas aus; danach ist der einschnürende Ring an der kleinen Zehe und die allmählich eintretende Atrophie der darunterliegenden Teile die Folge von einer Narbe, welche nach Wundlaufen des nackten Fufses in scharfen Grasern entstand.

Schourp-Dansig.

Krampfadern, Krampfaderbrüche und Unfall, von Otto Koch. (Inaug.-Dissert. Bonn 1905.) Seit Einführung des Unfallversicherungsgesetzes tritt öfters als früher an den begutachtenden Arzt die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Krampfadern, Krampfaderbrüchen und Unfallverletzung heran. Es ist deshalb von Interesse, die Ergebnisse der Untersuchungen hier anzuführen, die Verfasser am Krankenhaus der barmherzigen Brüder zu Bonn: Prof. Witzel und Privatdozent Lexer, angestellt hat

1. Varicen und Varicocele können durch einen Unfall sowohl entstehen, als auch verschlimmert werden. Durch vorhandene Varicen können die Folgen eines Unfalles schwerer gestaltet werden.

2. Das Vorhandensein der für die Entstehung der varikösen Venenerkrankung unbedingt notwendigen angeborenen Venenwandschwäche mufs wegen der Häufigkeit der nicht traumatischen Varicen und Varicocelen in jedem Fall angenommen werden.

3. Die Disposition zur varikösen Erkrankung, die angeborene Venenwandschwäche, kann erblich sein; daher kann die Feststellung der Heredität durch die Anamnese die Annahme der Venenwandschwäche stützen.

4. Diese Venenwandschwäche kann auch durch Trauma, plötzliche intraabdominelle Druckerhöhung bei vorhandener Klappeninsuffizienz akut erworben werden und so zur varikösen Erkrankung führen.

5. Es ist wichtig, nach dem etwaigen Bestehen von Varicen oder Varicocele resp. der Stärke derselben vor dem Unfalle zu forschen, da oft das Bestehen von Varicen den Trägern derselben unbekannt ist. Daher wäre es angebracht, auch der Existenz symptomloser Varicen und Varicocelen bei der ärztlichen Untersuchung von Arbeitern von vornherein mehr Beachtung zu schenken.

6. Für die Entstehung von Varicen kommen sämtliche Verletzungen in Betracht, die an sich selbst oder durch den Verlauf ihrer Heilung geeignet sind, Stauungen im venösen Kreislauf der unteren Extremitäten hervorzurufen.

7. Für die traumatische Entstehung der Varicocele kommen Verletzungen, Quetschungen, Zerrungen des Hodens und Samenstranges in Betracht, die von entzündlicher Schwellung des Hodens oder Stauungen in den Samenvenen begleitet werden.

8. Abgesehen von der wirklichen, objektiven, anatomischen Verschlimmerung der Varicen oder Varicocelen durch Unfall ist auch eine Verschlimmerung dadurch möglich, dafs der Verletzte durch den Unfall auf sein altes Leiden aufmerksam wird und die daraus folgenden nervösen Störungen ihn nunmehr unter der vielleicht sonst symptomlosen Affektion schwerer leiden lassen. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Varicen der Cruralgegend, von Turazza. (*Rif. med.* 1905. Nr. 47.) Bei einem Manne, den man wegen vermeintlicher Hernia cruralis duplex operierte, erkannte der Verfasser, dafs die Tumoren, die alle Symptome eines Bruches gezeigt, Phlebektasien waren. Exstirpation; Heilung. *C. Müller-Genf.*

Die Bedeutung der Varicen für Schwangere und Gebärende und ihre Therapie, von Richard Heller. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.)

Fritz Loeb-München.

Über die Heilung von Folgezuständen der Varicen und der Thrombosierung der Venen an den unteren Extremitäten, von Gerwin-Grenzhausen. (*Medico.* 1905. Nr. 49.) Bei den Varicen bezw. Thrombenbildungen in den Venen der unteren Extremitäten mit ihren Folgeerscheinungen kommt es wesentlich darauf an, die Blutzirkulation zu heben und damit auch die schmerzhaften Anschwellungen der Unterschenkel und Unterschenkelgeschwüre. Dies erreicht man durch Gummibinden oder Gummistrümpfe und Hochlagerung (eventuell Hebung des Bettes am Fufsende) einerseits, wie durch systematische Heilgymnastik andererseits. Gerwin empfiehlt folgende zwei Methoden neben der meist nebensächlichen Massage:

Man rate dem Patienten an, sich möglichst oft des Tages hinzulegen, am besten horizontal, die Beine auszustrecken und die Füfse mit den Fufsspitzen zusammenzubringen, während die Fersen den möglichst weitesten Abstand voneinander nehmen. Nun mache der Patient mit beiden Beinen ruckweise eine Auswärtsdrehung, so dafs nun die Fersen aneinander zu liegen kommen, während die Fufsspitzen einen möglichst weiten Abstand voneinander gewinnen. Hierauf führe man ebenso ruckweise die Beine wieder in die zuerst eingenommene Stellung zurück. Diese Bewegung mufs möglichst häufig hintereinander gemacht werden.

Oder man befestigt an der Decke des Zimmers oder in dem Querbalken einer Türe einen Ring oder eine Rolle, wie man letztere z. B. bei den Volkmannschen Schlitten hat. Durch den Ring oder über die Rolle führt man eine stärkere Kordel. Nun rückt man eine Chaiselongue heran, auf die man den Patienten so legt, dafs die Füfse unter der Rolle bezw. unter dem Ring liegen. Die beiden Kordelenden werden dann an den Füfsen befestigt, am besten vermittels Ringen oder Schleifen. Die Kordel darf aber nur so lang sein, dafs die Beine, wenn sie nebeneinander an der Kordel hängend ruhen, mit der Chaiselongue etwa eine gerade Linie bilden. Nun fordert man den Patienten auf, das eine Bein in die Höhe zu führen, wobei das andere nach unten zieht. Ist das eine Bein oben, dann läfst man es wieder in gestreckter Stellung nach unten, wobei das andere nach oben geführt wird. Diese Bewegung läfst man möglichst oft wiederholen.

Bei der Hebung des Beines nun wird die grofse Vene am Oberschenkel und im kleinen Becken durch die Kontraktion des Ileopsoas und des Quadriceps ausgepreßt, während das Blut, dem geringeren Widerstand folgend, zum Herzen hinströmt. Ist

das Bein oben, dann erschlaffen Ileopsoas und Quadriceps, und nun strömt das Blut aus dem Unterschenkel in die entleerte Oberschenkelvene. *Arthur Rahn-Berlin.*

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. Brings-Wien. (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 1 u. 2.) Der Artikel — eine Empfehlung des Zinkleimverbandes — bringt nichts Neues. *Putzler-Dansig.*

Ein Fall von „Striae" nach Scharlach, von Leo Silberstein-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 45.) Kurze Mitteilung über das Auftreten von Striae an den Nates und den Oberschenkeln, über den Patellae und in den Kniekehlen, sowie an den ungewöhnlich grofsen, üppigen Mammae eines 13jährigen, an Scharlach erkrankten Mädchens, das wegen einer Scharlachnephritis monatelang zu Bette liegen mufste. Die Patientin wurde während dieser Zeit kräftiger und stärker; S. glaubt, dafs dabei Weichteile und Knochen unverhältnismäfsig rasch wuchsen und dafs es infolgedessen zu einer Überdehnung der Haut und damit zur Bildung der Striae kam. *Götz-München.*

Striae distensae s. atrophicae cutis nach Pneumonie und Brustfellentzündung, von A. Roth-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Dermat. Beil. Nr. 4.) Bei einem 21jährigen Schuhmacherlehrling entstanden nach einer linksseitigen Pneumonie mit Pleuritis exsud. an der Haut der rechten Brusthälfte zahlreiche Striae atrophicae. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von diffuser Hautatrophie, von A. Roth-Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* 1905. Dermat. Beil. Nr. 4.) Enthält nichts Bemerkenswertes. *B. Kollarits-Budapest.*

Alopecia areata nach Trauma, von Sprecher. (*Rif. med.* XX. Jahrg. Nr. 5.) Es handelt sich um ein sechsjähriges, kräftiges, gesundes Mädchen, das vor ungefähr einem Jahre einen Stein auf den Kopf erhielt. Die Stelle blieb ausnehmend lange schmerzhaft, und 17 Tage nach dem Trauma begannen an der nämlichen Stelle die Haare in der Umgebung der Narbe, welche die Wunde zurückgelassen hatte, auszufallen. Bei der Untersuchung des Kindes durch den Verfasser, also zirka ein Jahr nach dem Vorfalle, war die kahle Stelle 11 cm lang und 9 cm breit, eine kleinere Stelle war in der Nähe der gröfseren Plaque entstanden. *C. Müller-Genf.*

Die Alopecia areata, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 42.) Kurze Beschreibung der Alopecia areata, die J. nicht für übertragbar hält. *Götz-München.*

Beiträge zur Onychopathologie, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 27 u. 28.) Bisher fanden nur die sekundären Onychien in Begleitung der Psoriasis, des Ekzems, der parasitären Erkrankungen (Onychomykosis trichophytina [Gruby], Pityriasis versicolor), der Syphilis, der Lepra, ferner in Begleitung der Lungen- und Herzkrankheiten, der Hirn-, Rückenmarks- und Nervenleiden und schliefslich auch bei Scharlach Beachtung. Daneben sind aber auch die idiopathischen Veränderungen, die teils erworben, teils angeboren, von Interesse. Es gehören hierher die Verletzungen und entzündlichen Läsionen (Panaritium, Paronychie), subunguale Exostosen und Neoplasmen (Fibrom, Leiomyom, Angiom, Sarkom, Carcinom). Zu den angeborenen Mifsbildungen gehören die Hapalonychie, Onychauxis. N. beschreibt die illustrierten Formen dreier eigenartiger und seltener idiopathischer Nagelerkrankungen, von denen die eine als Koilonychia und die andere als Onycholysis foliacea bezeichnet worden ist. Die dritte Form zeigt ein bisher noch nicht beobachtetes Verhalten, indem die Nägel lamellös abblättern, an ihrem Saume fächerförmig der Fläche nach einreifsen und eine muschelähnliche oder terrassenförmige, verschieden begrenzte Konfiguration annehmen. Von der Veränderung sind mit Ausnahme der Daumen alle Endphalangen gleichmäfsig betroffen, wobei die platten-

förmige Abschilferung der Nägel von einer kolbigen Vorwölbung des Wurzelintegumentes, Rhagadierung des verdickten Eponychiums, sowie einer mäfsigen subungualen Hyperkeratose begleitet wird. Auch in diesem Falle hatte sich nebenher eine Onychophagie herausgebildet.

Sporadische Aufzeichnungen registrieren das Vorkommen von Querfurchenbildungen (Ledywick), Onychien (Brocharet-Rigaud), idiopathischem Nagelwechsel (Montgomery), Leukonychie (Lawrence), sowie verschiedenen Formen der Nagelatrophie (Nicolle und Halipré, *Ann. d. Derm.* 1895), bei Eltern und Kindern, in mehreren Generationen und Seitenlinien. Hierher zu rechnen ist auch die von Warlsch in drei Generationen verfolgte, als Platyonychia hereditaria apostrophierte Anomalie (*Arch. f. Derm.* 1903. Bd. LXVII), die sich in einer Abflachung der Nagelplatten dokumentiert. *Arthur Rahn-Berlin.*

Verschiedenes.

Die Stellung der Dermatologie in der Medizin, von E. Lesser-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 26.) Lesser hält eine Rede über die Stellung der Dermatologie in der Medizin zur Eröffnung der neuen Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Berlin, worin er betont, dafs eine wissenschaftliche strikte Abgrenzung unmöglich ist. Am leichtesten ist es natürlich bei den Hautkrankheiten *Κατ' ἐξοχην*, wie den parasitaren Hautkrankheiten und dem Ekzem, während die Schwierigkeiten bei den Krankheiten beginnen, bei denen die Hautaffektion als direkte Folge einer inneren Erkrankung anzusehen ist (allgemeine Infektionskrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems). Noch schwerer ist die Scheidung bei den Geschlechtskrankheiten. Für den Unterricht der Medizin Studierenden ist die Dermatologie in zwei Richtungen wichtig: einmal hat der dermatologische Unterricht eine erhebliche didaktische Bedeutung, man lernt beobachten, und ferner wird der Lernende meist darauf hingewiesen, dafs die Erscheinungen an der Haut abhängig sind von Veränderungen des Gesamtorganismus. Ebenso wichtig sind natürlich die tatsächlichen Kenntnisse, welche die Studierenden in der dermatologischen Klinik erlangen. Im Anschlufs bespricht L. nun die einzelnen Krankheitgruppen bezüglich ihrer Wichtigkeit für den Kranken und betont am Schlusse die Bedeutung der Erforschung der in das Gebiet der Dermatologie gehörenden Krankheiten für die medizinische Wissenschaft. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Verhütung und Behandlung von Fingerinfektionen der Ärzte, von Paul Richter-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 27.) Richter empfiehlt zum Schutze der Finger der Ärzte die Eosfingerlinge, welche sehr weich sind und sich oft waschen lassen, ohne zu zerreifsen, dabei billig sind. Sie werden in der Zephir-Lederfabrik in Schöneberg hergestellt und kosten 75 Pfennig das Dutzend. Auch das Beiersdorfsche Leukoplast ist ein brauchbares Schutzmittel gegen Infektion. Ist einmal Infektion da, so empfehlen sich die Paraplaste mit Quecksilber und Karbolsäure. Die von Beiersdorf auf Unnas Veranlassung hergestellten Guttapercha-Pflastermulle sind eine heute unentbehrliche Bereicherung der Dermatotherapie, nur lösen sie sich leicht bei Wärme und Nafswerden, was die Paraplaste nicht tun.
Bernhard Schulze-Kiel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 8. 15. Oktober 1906.

Aus Dr. Unnas Dermatologikum in Hamburg.

Experimente über die Resorption durch die Haut.

Von

Dr. Sutton-Kansas City U. S. A.

Mit drei Figuren im Text.

Bei der Applikation von medizinischen Substanzen auf die Haut besteht eine so enge Wechselwirkung zwischen dem Durchdringungsvermögen derselben und ihrer Wirksamkeit, dafs die Bedeutung des ersteren kaum überschätzt werden kann. Die Richtigkeit dieser Behauptung wird durch nichts deutlicher bewiesen als durch die alljährlich noch steigende Flut von neuen Vehikeln für die äufserliche Verwendung von Medikamenten, wobei stets für das jeweilig neu empfohlene Mittel der Anspruch erhoben wird, dafs es schneller und vollständiger resorbiert werde als irgendeiner seiner Vorgänger.

Bisher haben die auf diesem Gebiete ausgeführten Experimente sich hauptsächlich auf wiederholte Untersuchungen der exkretorischen Produkte nach cutanen Einreibungen bezogen, um die Menge des durch die Organe des Integumentes aufgenommenen Materials zu bestimmen. Überdies beschränkten sich diese Untersuchungen fast ausschliefslich entweder auf Quecksilberpräparate und deren Beziehungen zur konstitutionellen Behandlung von syphilitischen Läsionen oder auf die Menge der anorganischen Salze, welche bei Verwendung von verschiedenen natürlichen oder künstlichen Bädern in den Körper eindringen.

Von Herrn Dr. Unna wurde mir der Gedanke eingegeben, dafs man viel exaktere Resultate erzielen würde, indem man Färbemittel, welche vom Gewebe aufgenommen werden, wie die Anilinpräparate, direkt auf die Haut appliziert. Um den Penetrationsgrad so genau wie möglich zu bestimmen, wurden die verschiedenen Färbemittel gründlich mit den verschiedenen, sei es als Vehikel, sei es als Heilmittel zu verwendenden Substanzen vereinigt, worauf dann diese hergestellten Präparate auf glatt geschorene Hautgebiete von Meerschweinchen und weifsen Kaninchen aufgetragen wurden.

Es wurde durchweg darauf Bedacht genommen, die ganzen Verhältnisse (abgesehen von dem Umstand, dafs Tiere und nicht Menschen zur Verwendung kamen) so normal zu gestalten, wie irgend möglich. Die Auftragung wurde mit der Fingerbeere oder mit einem fest zusammengedrehten Wattebausch bei Körpertemperatur ausgeführt, und es wurde ungefähr ebenso stark gerieben, wie man dies beim Einreiben von Salben auf die menschliche Haut gewöhnlich tut.

Nach Verlauf eines gewissen Zeitraums, der zwischen 15 Minuten und 16 Stunden variierte, wurde ein kleines Stück aus der Mitte des bearbeiteten Gebietes exzidiert und untersucht. Zu diesem Zwecke kamen verschiedene Methoden in Anwendung. Zunächst wurden die Präparate entwässert und in Celloidin eingebettet (in Kürze: Absoluter Alkohol, dünnes Celloidin, dickes Celloidin, Fixieren, Schneiden mit Anwendung von 80% Alkohol, dann Alkohol-Äther, absoluter Alkohol, Bergamottöl), aber dieses Verfahren erwies sich als durchaus unpraktisch. Das frische Gewebe nahm die Färbung nur ganz schwach auf, und letztere wurde regelmäfsig total zerstört durch das wiederholte und anhaltende Eintauchen in Alkohol, Äther und Äther-Celloidin.

Um dies zu vermeiden, griffen wir zu der Gefriermethode, und diese erwies sich als völlig befriedigend.

Alsbald nach der Ausführung der Biopsie wurde das frisch gewonnene Gewebe schnell in einem schraubstockartigen, hölzernen Mikrotomblock befestigt, wobei der untere Rand des Schnittes von den sich gegenüberstehenden Armen unbeweglich festgehalten wurde, worauf das Stück mittels des Äthylchlorid-Sprays zum Gefrieren gebracht wurde.[1]

---

[1] Diese handliche und wohlfeile Klammer für Mikrotomzwecke bei gefrorenen Präparaten besteht aus zwei länglichen Klötzchen (jedes zu $1 \times 1{,}5 \times 3$ cm) von hartem Holz, welche an ihrer Basis mittels eines als Charnier dienenden Stückchens Leukoplast verbunden sind. Die Not gab die Veranlassung zu dieser kleinen Erfindung, und da ich dieselbe sonst nirgends beschrieben oder in Verwendung gesehen habe, so füge ich hier eine Abbildung und die Beschreibung zum Nutzen und Frommen anderer Forscher bei.

1. Der hölzerne Mikrotomblock mit Charnier.
2. Block im Schraubstock mit einem Stück Gewebe zwischen den Armen.

Fig. 1.

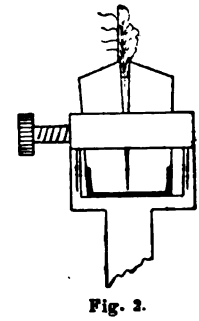


Fig. 2.

Alsdann wurde mit dem Schneiden begonnen, wobei die Richtung genommen wurde von der Cutis nach der Epitheldecke parallel zur Längsachse der Haare. Nach jedem Schnitt wurde die Klinge mit einem ätherdurchtränkten Schwamme gereinigt, um jede Möglichkeit einer Verschleppung des Farbstoffes während des Zurückgehens der Klinge zu verhindern. Die (20—40 μ dicken) Schnitte wurden sogleich in eine filtrierte wässerige Mischung von Glycerin und Honig eingelegt, da dieses zweckmäßiger befunden wurde als die Verwendung der zuerst versuchten verschiedenen Lösungen von Maltose und Lävulose. Die gleiche Mischung wurde auch zum Einbetten genommen, wobei eine Umrandung von Balsam das Eintrocknen verhinderte und gleichzeitig das Deckgläschen fest mit dem Objektträger verklebte.

Von den zur Anwendung kommenden Farbstoffen (Fuchsin, Karbolfuchsin, Scharlach, Sudan II, Methylenblau, Karmin u. a.) erwies sich das Scharlach als das wirksamste in fettigen und ätherischen Vehikeln, während bei spirituösen Lösungen das Fuchsin am leistungsfähigsten war.

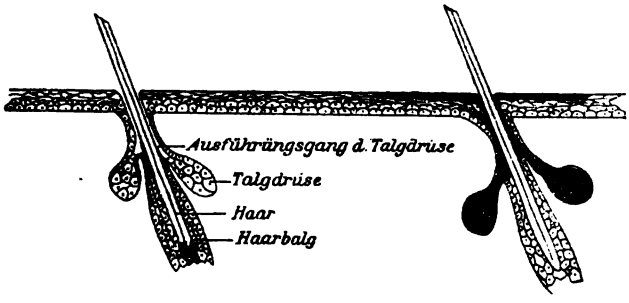
Die beigegebene Tabelle stellt einen Auszug aus mehr als 200 Experimenten dar. Wenn in bezug auf das Ergebnis der geringste Zweifel obwaltete, wurde die Prozedur stets wiederholt, und dies geschah manchmal fünf- bis sechsmal.

Tabelle.

Vehikel	Farbstoff	Zeit	Resultat
1. Spiritus	Fuchsin	4 Std.	Sehr geringes Durchdringen
2. Spiritus und Glycerin aa	„	4 „	Etwas besser als 1; aber noch sehr wenig
3. Glycerin	„	4 „	Gänge der Talgdrüsen leidlich gut gefärbt
4. Äther	Scharlach	4 „	Gänge gut gefärbt; Talgdrüsen nicht gefärbt
5. Benzin	Sudan II	1½ „	Sehr geringes Eindringen
6. Benzol	Scharlach	2½ „	Sehr gut; oberer Teil von Drüsen gefärbt
7. Benzol + Cedernöl, 10%	„	2½ „	Viel besser; auch Haarmark zeigt tiefe Färbung
8. Xylol.....	„	1½ „	Gänge ganz gut gefärbt
9. Xylol + Cedernöl, 10%	„	4 „	Oberer Teil von Drüsen angefärbt
10. Aceton	Fuchsin	¼ „	Kein Eindringen
11. Aceton	„	3 „	Sehr geringe Aufnahme
12. Anilinöl	Scharlach	2 „	Erhebliches Eindringen; etwa wie bei 8
13. Anilinöl + Xylol	„	2 „	Oberer Teil der Drüsen gefärbt
14. Terpentinöl	„	½ „	Kein erkennbares Eindringen
15. Terpentinöl	„	3 „	Sehr geringe Aufnahme
16. Sandelöl	„	3 „	Ausgezeichnet; oberer Teil der Drüsen intensiv gefärbt
17. Sandelöl + Cedernöl, 10%	„	4 „	Ganze Drüse gut angefärbt
18. Eukalyptusöl	„	4 „	Geringes Eindringen
19. Cedernöl.....	„	3 „	Sehr geringe Aufnahme

Vehikel	Farbstoff	Zeit	Resultat
20. Leinöl	Scharlach	4 Std.	Gänge allein gefärbt
21. Leinöl + Cedernöl, 10%	„	4 „	Obere Partien der Drüsen gefärbt
22. Mohnöl	„	4 „	Geringes Eindringen
23. Olivenöl	„	3 „	Vortrefflich; gesamte Drüse gut gefärbt
24. Olivenöl + Cedernöl, 10%	„	4 „	Ungefähr so wie bei 23
25. Schmieröl	„	4 „	Sehr geringe Aufnahme
26. Ricinusöl	„	4 „	Sehr geringe Aufnahme
27. Gänseschmalz	„	4 „	Vortrefflich; Drüsen gut gefärbt und etwas Resorption seitens der Follikel
28. Gänseschmalz + Cedernöl, 10%	„	4 „	Ungefähr so wie bei 27, außer daß die Marksubstanz der Haare ein stärkeres Eindringen der Färbung zeigt
29. Lanolin	„	4 „	Sehr geringe Resorption zu erkennen
30. Lanolin + Cedernöl, 10%	„	5 „	Geringe Färbung an den Gängen allein
31. Walrat	„	4 „	Nur die Gänge sind gut gefärbt
32. Fetron	„	4 „	Gänge gut gefärbt
33. Vaselin	„	4 „	Gänge gefärbt; im oberen Teil nur wenig
34. Vaselin + Cedernöl, 10%	„	4 „	Stärkeres Eindringen als bei 33
35. Petroleum	„	3 „	Sehr geringes Eindringen
36. Petroleum + Cedernöl, 10%	„	4 „	Geringe Anfärbung nur an den Gängen
37. Acid. carbol. liquef.	Fuchsin	1/4 „	Nur oberflächliche Färbung; kein Eindringen
38. Acid. carbol. liquef.	„	3 „	Sehr geringes Eindringen
39. Acid. carbol. liquef.	„	4 „	Ungefähr so wie bei 38
40. Ichthyol (rein)	Scharlach	2 „	Nur die Gänge gefärbt
41. Ichthyol + Wasser	„	4 „	Obere Partien der Drüsen gut gefärbt
42. Ichthyol + Benzol	„	4 „	Gesamte Drüse gut gefärbt
43. Ichthyol + Cedernöl, 10%	„	4 „	Drüsen ein wenig angefärbt; Haarfollikel bis auf die Papillen gefärbt
44. ℞ Ichthyol 10, Wasser 20, Adipis lanae 30, Vaselin 40	„	4 „	Gänge und obere Teile der Drüsen gefärbt
45. Nr. 44 + Cedernöl, 10%	„	4 „	Ganz ausgezeichnetes Eindringen
46. Nr. 44 + Benzol	„	4 „	Ungefähr so wie bei 44
47. Nr. 44 + Olivenöl	„	4 „	Ungefähr so wie bei 45; Färbung des Gewebes um die Drüsen und in größerem Umfang in der Tiefe der Haarfollikel
48. ℞ Ichthyolsulfon 10, Wasser 20, Adipis lanae 30, Vaselin 40	„	4 „	Gutes Eindringen. Drüsen gut gefärbt
49. ℞ 48 + Olivenöl	„	4 „	Etwas stärkeres Eindringen als bei 48

Vehikel	Farbstoff	Zeit	Resultat
50. ℞ Ichthyolsulfonsäure Ammonium 10 Wasser 20 Adipis lanae 30 Vaselin 40	Scharlach	4 Std.	Eindringen nicht so gut wie bei 48



Wie sich aus den diagrammatischen Abbildungen ergibt, findet eine Resorption nur durch die Talgdrüsen statt, wenn auch die Marksubstanz der Haare beim Meerschweinchen gleichfalls den Farbstoff in einer sehr instruktiven Art und Weise aufnahm. Namentlich war dies der Fall, wenn ein kleiner Prozentsatz von Cedernöl der Salbe vor dem Einreiben beigemischt wurde.

Jener Teil des Follikels, welcher unterhalb der Öffnung des Drüsenganges liegt, war nur in sehr wenigen Fällen affiziert. Wir haben hier die beweiskräftige Erklärung für die Schwierigkeiten, denen man begegnet, wenn es sich darum handelt, eine wirksame Therapie bei tiefsitzenden Infektionen des Haarschaftes zu finden.

Von den verschiedenen der Prüfung unterworfenen Substanzen hat, wie wir sehen, die Karbolsäure trotz ihrer energischen desinfizierenden Wirkung auf der Oberfläche nur ein sehr geringes Durchdringungsvermögen. Terpentin und Petroleum zeigen den gleichen Mangel. Vaselin und die Verbindungen aus derselben Reihe werden nur sehr langsam und unvollständig resorbiert. Eine gründliche Vermischung der verschiedenen Vehikel mit einer kleinen Menge Cedernöl scheint das Eindringen in die Haut wesentlich zu beschleunigen, trotzdem diese Substanz, für sich allein gebraucht, nicht besonders gut resorbiert wird.

Gänseschmalz, das Allheilmittel unserer Väter, gehört zu denjenigen Mitteln, welche unter allen die größte Penetrationskraft besitzen. Sein Wert als Vehikel ist zweifellos bedeutend, aber ein reines und unverfälschtes Präparat ist teuer und allerdings nicht leicht zu bekommen.

Von den Konstituenten des Ichthyols wird das Sulfon mit gröfserer Schnelligkeit resorbiert, aber die Beimengung von Olivenöl, von Benzol oder Gänseschmalz zu gleichen Teilen mit der Grundsubstanz bewirkt eine schnellere Aufnahme, als sie bei Verwendung von reinem Sulphon oder sulfonsaurem Ammoniak für sich allein zu beobachten ist.

Schlufsfolgerungen: Die mit dieser Methode ausgeführten Untersuchungen haben ergeben, dafs die gröfste Resorptionsfähigkeit zu finden ist beim Gänseschmalz, dem Olivenöl, beim Ichthyol in Verbindung mit Oliven- oder Cedernöl und beim Sandelöl mit oder ohne Cedernöl.

Um genaue Beobachtungsresultate zu ermöglichen, ist die Zugabe von Färbemitteln zu den Prüfungsmitteln unentbehrlich.

Das Schneiden der mikroskopischen Präparate mufs in der Weise erfolgen, dafs kein Farbstoff durch die Mikrotomklinge in das Gewebe hineingezogen wird, und die Nachbehandlung der Schnitte vor der Untersuchung mufs in solcher Weise ausgeführt werden, dafs das gefärbte Gebiet nicht wieder entfärbt wird.

Herrn Dr. Unna möchte ich hiermit meinen besten Dank aussprechen nicht nur für seine Ratschläge und die vorzüglichen Hilfsmittel seines Laboratoriums und seiner Bibliothek, welche mir zur Verfügung gestellt wurden, sondern auch für die Förderung und Ermutigung, die ich von dem Zusammenarbeiten mit einem so gründlichen und enthusiastischen Forscher gewonnen habe.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Bad Salzschlirf.)

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud.

Von

Dr. J. Preuss-Berlin.

(Fortsetzung.)

VII.

Durch Diogenes Laertius kennen wir den Etat eines vornehmen Römers, der, wie mancher Vornehme heute noch, für seinen Arzt nur eine Drachme übrig hat, seiner Hetäre dagegen ein Talent zahlt.[1] Sicherlich sind es aber nur besonders gesuchte Damen gewesen, die so hohe Honorare beanspruchten, wie in Griechenland die Phryne und die Lais.[2]

---

[1] VI. 5 Crates S. 420 der Ed. Stephan; fol. 153 der Firmin-Didotschen Sammlung.

[2] Rosenbaum op. cit. 86 u. 97.

Auch der Talmud berichtet in einer moralisierenden Erzählung von einer Dirne, die in den „Festungen am Meere“ wohnte, die als Lohn 400 Goldstücke und zwar pränumerando verlangt. Sie läfst ihre Gäste antichambrieren und durch eine Dienerin anmelden. Wird aber endlich dem Besucher Einlafs gewährt, so bereitet sie sieben Betten vor, sechs von Silber, eines von Gold — ein Hinweis auf die römische Unsitte, die Betten und Triklinien der Weiber mit Silber und Gold zu überziehen[1] —, zwischen je zwei stellt sie eine Leiter[2] von Silber, die oberste von Gold und setzt sich nackt auf die oberste. Dem Besucher tritt aber im entscheidenden Moment das Gottesgesetz vor Augen und er widersteht der lockenden Verführung.[3] Eine andere Dirne, ebenfalls „in den Meeresstädten“, nimmt einen Beutel Denare als Lohn, man reist über sieben Flüsse, um zu ihr zu kommen.[4] Auch den gewöhnlichen Dirnen gibt man nedeh, ein reichliches Geschenk,[5] jede aber spottet über den Lohn, ethnan, den man ihr gibt und findet ihn zu gering.[6] So verbringt der, der Dirnen weidet, ein Vermögen,[7] bis er schliefslich „bis zu einem Stück Brot herunter“ kommt,[8] das seine einzige Nahrung bilden mufs. Ist das Geld zu Ende, so geben sie das Söhnchen für eine Dirne her und das Töchterchen verkaufen sie für Wein und trinken.[9]

Die Ehe mit einer Dirne hat man natürlich niemals gern gesehen, Josephus spricht sogar von einem direkten Verbot ἡταιρμένης εἶναι γάμον.[10]

Die Unzucht ist die einzige Sünde, bei der Gott sofort straft. Wo man Unzucht findet, da kommt auch Krieg in die Welt und tötet Gute und Schlechte.[11] Unzucht im Hause ist wie der Wurm im Sesamkern,[12] der ihn allmählich vernichtet.

VIII.

Das jus primae noctis.

In dem „Buche der Festtage“ wird über die Veranlassung zum Aufstande der Makkabäer unter Antiochus Epiphanes (165 v. Chr.) folgendes erzählt:

„Am 17. des Monats Elul wurden aus Jerusalem und Judäa die Griechen vertrieben. Die Könige hatten in den Städten qastriaoth angestellt, die die neuvermählten Frauen (kaloth) schänden sollten, dann erst durfte der Mann sie heimführen. Da wollte niemand aus Furcht vor den qastriaoth heiraten oder man tat es in aller Heimlichkeit. Als die Tochter Matitjahus, des Sohnes Johann Hyrkans, heiraten sollte (was wegen der

---

[1] Plinius h. n. 33, 51. [2] Abbildung eines Bettes bei Benzinger und Frohnmeyer, Bilderatlas zur Bibelkunde. Stuttgart 1905. Fig. 296. [3] Men. 44a. [4] Ab. z. 17a. [5] Es. 16, 33. [6] ib. v. 31 nach Rdq. [7] Prov. 29, 3. [8] ib. 6, 26. [9] Joel 4, 3. [10] Antt. IV cap. 8, 23. [11] Jalqut I § 585 S. 367a (ed. Warschau). [12] Sot. 3b.

hohen Stellung des Vaters wohl nicht verborgen bleiben konnte) kam der qastrin, um sie (durch seinen Beischlaf) zu verunreinigen; man liefs es aber nicht zu, sondern Matitjahu und seine Söhne wurden von Eifer erfafst und besiegten das griechische Reich."[1]

Ausführlicher ist die Darstellung in einigen späteren Berichten, in denen besonders das Auftreten der jungen Frau dramatisch geschildert wird.

„Zur Zeit der frevlen griechischen Regierung verordnete man, dafs sobald ein Weib sich verheiratete, sie zuerst vom Hegemon beschlafen werden und dann zu ihrem Gatten zurückkehren sollte. So tat man drei Jahre und acht Monate, bis sich die Tochter des Hohenpriesters Johann Hyrkan verheiratete. Als man sie zum Hegemon führen wollte, entblöfste sie ihr Haupt und zerrifs ihre Kleider, so dafs sie nackt vor dem Volke stand. Sogleich ergriff Juda und seine Brüder der Zorn und sie riefen: führet sie hinaus zum Feuertode; denn sie hat sich frech und unzüchtig benommen! Da antwortete sie: wie! ich sollte mich schämen vor meinen Brüdern und meinen Stammesgenossen, aber mich nicht schämen in den Augen eines Unbeschnittenen und Unreinen, zu dem ihr mich treulos führen wollt, damit er mich beschlafe? Als Juda und seine Genossen das hörten, beschlossen sie, gemeinsam den Hegemon zu töten."[2]

In einem anderen Bericht heifst es, dafs man verordnet habe, es müsse jede Neuvermählte die erste Nacht zu dem Hegemon ihres Ortes hineingehen ... als die Brüder sie entblöfst sahen, schämten sie sich und senkten ihre Augen zu Boden, zerrissen (vor Trauer) ihre Kleider und sprangen auf, um die Schwester zu töten.[3] Ähnlich lautet eine dritte Bearbeitung.[4] Die letztere stammt aus einer Münchener Handschrift vom Jahre 1435, die beiden ersten aus Manuskripten der Leipziger Ratsbibliothek, deren Katalog eine Entstehungszeit nicht angibt.

Die Abfassungszeit der Megillath Taanith ist ungewifs. Während Grätz[5] und Derenbourg[6] ihr ein hohes Alter zuschreiben, halten andere sie für jünger. Daran aber kann kein Zweifel sein, dafs sie vor dem achten nachchristl. Jahrhundert anzusetzen ist. Nach Schürer[7] ist sie im ersten Jahrhundert n. Chr. redigiert.

Der Hegemon ist natürlich der ἡγεμών der Griechen, der Heerführer oder Stadtkommandant, der qastrin die entsprechende, von castra abgeleitete römische Bezeichnung.

---

[1] Megillath Taanith cap. 6, ed. Meyer, Amstelod. 1724, S. 50. [2] Jellinek, Bet ha-Midrasch, T. I, Leipzig 1853, S. 133. [3] ibid. T. VI, S. 2, 3. [4] Berliner, Magazin. Hebr. Beil. Ozar tob 1878, S. 040. [5] Gesch. d. Juden. [4] III, 561. [6] Essai sur l'hist. de la Palestine. 1867. S. 439. [7] Gesch. d. jüd. Volkes. [3] I, 156.

Es ist richtig, daſs im Makkabäerbuche,[1] was besonders HERZFELD hervorhebt,[2] eine andere Veranlassung des Aufstandes angegeben wird — auch, wie man hinzusetzen könnte, von JOSEPHUS[3] — daſs auch der Talmud diese Ursache des Makkabäeraufstandes nicht hat, darum aber braucht man diese Erzählungen noch nicht, wie dies KARL SCHMIDT[4] in seinem hyperkritischen Buche getan, in den Bereich der Sage zu verweisen. Wie leicht kann der Verfasser der Makkabäerbücher unter den „Lästerungen (*βλασφημίας*) die Matathias sah in Juda und in Jerusalem" auch diese Schändlichkeit verstanden haben![5] Das Schweigen des Römlings JOSEPHUS beweist absolut nichts. Und wenn SCHMIDT bezweifelt, daſs es sich wirklich um das später so genannte „Herrenrecht" gehandelt habe, so ist daran wohl nur die irrtümliche Übersetzung des Wortes Kalla schuld. Dieses bedeutet nicht die Braut, sondern die soeben Vermählte. Daſs den Erzählungen wenigstens ein historischer Kern zugrunde liege, gibt SCHMIDT übrigens zu.

IX.

Auf diese, wie wir meinen, als geschichtlich anzusehende Tatsache beziehen sich vielleicht einige Äuſserungen, die im Talmud sich finden.

Es ist bekannt, daſs jeder Nupturient die Virginitas intacta seiner Braut voraussetzen durfte und daſs, wenn diese Voraussetzung sich als unzutreffend herausstellte, die Jungvermählte nach biblischem Recht die Todesstrafe, später aber, als die eigene Kriminaljustiz der Juden aufgehört, die Scheidung zu gewärtigen hatte. Die Möglichkeit solcher Klage fiel natürlich weg, sobald schon vor der Ehe eine Kohabitation stattgefunden hatte. Als Beispiel eines solchen Vorkommnisses wird berichtet:

Einst verordneten die heidnischen Machthaber eine Verfolgung in Juda, weil sie eine Überlieferung von ihren Vätern hatten, daſs Juda den Esau (der als Stammvater Roms galt), getötet habe (damit werden auch andere Gewalttaten motiviert).[6] Darum knechteten sie sie, schändeten ihre Töchter und bestimmten, daſs der *στρατιώτης* (was im Talmud stets den Soldatenobersten bezeichnet) sie zuerst beschlafe. Freilich war die Frau dann eine „schuldlos Gezwungene", deren Scheidung nicht vorgeschrieben war, aber der Unzucht war damit gleichzeitig Tür und Tor geöffnet, da der Herr Oberst wohl auch an einer bereits früher geschehenen Defloration keinen Anstoſs genommen haben wird. Natürlich gab es auch keusche Frauen, die lieber den Tod erduldeten.[7]

---

[1] I. Macc. cap. 2 u. 3. [2] Gesch. d. Volkes Israel. II, 239. [3] Antt. XII, cap. 6. [4] Das jus primae noctis. Freiburg 1881. S. 169. [5] I. Macc. II, 6. [6] z. B. j. Gitt. V, 6 Fol. 47b 11. [7] j. Keth. I, 5 Fol. 25c 26. Cf. Tosaf. Gitt. 55b s. v. bi-jehuda.

In der Tosefta, einer alten Gesetzesquelle, die der Mischna parallel läuft, wird berichtet, dafs es „von der Zeit der Gefahr an" im Volke Brauch wurde, Dienstags Hochzeiten zu veranstalten.[1] Diese „Zeit der Gefahr" erklärt Rabah (um 250 v. Chr.) als jene Periode, in der die heidnischen Machthaber befohlen hatten, dafs jede Jungvermählte vom Hegemon zuerst beschlafen werde.[2]

Die Sache selbst war allgemein bekannt. R. Judan deutete den Bibelsatz: „Wenn die Söhne Gottes sahen, dafs die Töchter der Menschen schön wurden, so nahmen sie sich Frauen, von allem, was sie wählten"[3], „wenn diese Gewaltmenschen (θεοί) sahen, dafs man eine Frau schön machte (schmückte) für ihren Mann, so ging einer von ihnen hin und beschlief sie zuerst."[4] Das will der Autor natürlich selbst nicht für jene Urzeit, von der die Bibel spricht, als geschichtliche Tatsache ausgeben; es ist die Weise des Midrasch wie aller Predigten, ohne Rücksicht auf Zeit und Ort Dinge, die der Redner in seiner Zeit geifseln will, an einen Bibelvers zu knüpfen. Es soll das Zitat daher hier auch nur beweisen, dafs die Kenntnis des Jus primae noctis auch zur Zeit des R. Judan vorhanden war.

Noch eine letzte Notiz mufs hier angeführt werden, die sich ganz kurz schon im „Traktat der Schreiber",[5] ausführlicher im Jalqut, ebenfalls einer Midrasch-Sammlung, erhalten hat und die auch an die Bibel anknüpft. Als der Bote Abrahams nach Padan Aram kommt, um eine Frau für Isaak zu holen, beteiligen sich anfänglich Laban und dessen Vater Bethuel am Gespräch[6] und geben ihre Einwilligung zu der projektierten Heirat, bald darauf aber spricht nur noch „der Bruder des Mädchens und ihre Mutter,"[7] der Vater aber nicht mehr. Daran schliefst sich folgende Sage: Bethuel war der König des Landes, und jede Jungfrau wurde bei der Hochzeit von ihm beschlafen. Auch bei Ribka, seiner Tochter, wollten seine Untertanen ihn dazu zwingen; sie sammelten sich und sagten: wenn er mit seiner Tochter verfährt, wie mit den unseren, gut, sonst werden wir ihn töten. Da starb Bethuel in der Nacht, so dafs Ribka vor der Schändung bewahrt blieb.[8]

Wer diese Schändlichkeit, dafs ein Gewalthaber sogar an seiner eigenen Tochter sein Herrenrecht ausübt, gern für das Produkt einer gräulichen Phantasie halten möchte, sehe, was Ploss von mehreren Völkerschaften sogar als Volkssitte anführt. Mag sein, dafs bei diesen Stämmen der Gedanke zu Grunde liegt, „dafs der Vater seine Tochter brauchbar für die Ehe zu liefern hat."[9]

---

[1] T. Keth. I, 1. [2] Keth. 3b. [3] Gen. 6, 2. [4] Gen. r. 26, 5. [5] Soferim XI a. E. [6] Gen. 28, 50. [7] v. 55. [8] Jalqut I, 109. [9] Ploss, Das Weib [6], I, 555.

Soviel aber geht aus allem Mitgeteilten unzweifelhaft hervor, dafs die Behauptung ROSENBAUMS, „der weichliche Asiat habe auf sein persönliches Jus primae noctis verzichtet und es aus purer Bequemlichkeit gern anderen überlassen“,[1] soweit sie Juden betrifft, durchaus unzutreffend ist.

(Fortsetzung folgt.)

[1] Op. cit. S. 331.

Aus der Praxis.

Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae.

Von

Dr. J. LÖBLOWITZ,
Facharzt für Dermatologie und Syphilis in Olmütz.

Wer häufiger intraurethrale Eingriffe vorzunehmen hat, wird oft auf Individuen stofsen, die infolge von angeborener oder akquirierter Nervosität eine derart gesteigerte Reizbarkeit der Urethralschleimhaut zeigen, dafs diese Manipulationen, die ja auch einem gesunden Menschen nicht sehr angenehm zu sein pflegen, oft nur unter gröfseren Schwierigkeiten für ihn und den Patienten durchgeführt werden können; der Muskel wird unwillkürlich so stark zusammengepreſst, dafs dessen forcierte Überwindung sehr leicht zu Einrissen in den Muskel und Blutungen führt, in jedem Falle aber mit sehr grofsen Schmerzen für den Patienten verbunden ist; hier hängt natürlich sehr viel von der Übung und Geschicklichkeit des Arztes ab; aber ganz beseitigen kann diese Unannehmlichkeiten auch der in derlei Dingen Erfahrenste nicht. Die Anwendung lokaler Anästhetika in der Urethra, wie Kokain u. dgl. ist bekanntlich nicht von so durchschlagender Wirksamkeit wie an anderen Schleimhäuten, was wohl mit der starken Faltenbildung der Urethralschleimhaut im Zusammenhange steht, die verhindert, dafs das Medikament alle Stellen gleichmäfsig trifft; man mufs deshalb stärker konzentrierte Lösungen derselben verwenden und diese lange auf die schnell resorbierende Schleimhaut einwirken lassen, was bekanntlich für den betreffenden Patienten nicht ungefährlich ist.

Um diese, dem Kranken und dem behandelnden Arzte gleich unangenehmen Schwierigkeiten zu vermeiden oder wenigstens möglichst zu

mindern, bediene ich mich eines kleinen Kunstgriffes, dessen Verwendung sich mir in meiner Praxis aufserordentlich bewährt hat; dieser besteht darin, dafs ich in dem Momente, wo ich bei einer Manipulation den Sphincter externus passieren will, den Kranken eindringlich auffordere, zu urinieren bezw., da er dies natürlich nicht vermag, solche Anstalten und Anstrengungen zu machen, als ob er in diesem Momente unbedingt den Urin lassen müfste.

Der Zweck dieser Aufforderung ist leicht ersichtlich; der unwillkürlich stark kontrahierte Muskel soll willkürlich ganz oder teilweise entspannt werden; abgesehen aber von dieser direkten Wirkung auf den Muskel im Sinne der Entspannung, wird durch diese Aufforderung auch noch indirekt in gleichem Sinne eingewirkt, indem hierdurch die Aufmerksamkeit des Kranken von dem Eingriffe und den damit verbundenen Schmerzen abgelenkt wird, ein Umstand, der für die Verminderung der krankhaften Muskelspannnung von grofser Bedeutung ist. Durch das Zusammenwirken beider Faktoren wird der Weg für das eindringende Instrument oder die Flüssigkeit freigemacht, so dafs dieselben mühelos eindringen können; zuweilen fühlt der Untersucher ganz deutlich ein Muskelspiel zwischen Spannung und Entspannung, je nachdem die willkürliche oder unwillkürliche Innervation die Oberhand gewinnt. Diese länger oder kürzer dauernde Entspannung genügt aber, um die hindernde Barriere leicht zu passieren. — Gewöhnlich bedarf es dieser Aufforderung zum Entspannen nur in der ersten oder zweiten Sitzung, in den folgenden weifs der Patient selbst, wann und wie er die Sache zu machen hat; er findet sehr bald heraus, dafs er sich auf diese Weise unnötige Schmerzen ersparen kann.

Dieser kleine Kunstgriff stellt also beide Teile, den Patienten und den Arzt zufrieden; denn auch dem letzteren wird die Ausführung des Eingriffes erleichtert, und er kommt nicht so leicht in Gefahr, den Patienten durch den schmerzhaften Eingriff abzuschrecken und eventuell sogar zu verlieren.

In aller Kürze will ich nun meine Erfahrungen mit diesem Kunstgriffe bei einzelnen intraurethralen Eingriffen skizzieren und dessen Indikation und Kontraindikation festzustellen suchen.

I. Bei Injektionen mit der gewöhnlichen Injektionsspritze.

Dies stellt den weitaus am häufigsten in Anwendung gebrachten intraurethralen Eingriff dar, wenn es gilt, Heilmittel in die erkrankte Harnröhre einzubringen. Diese Injektionen wurden bisher nur bei akuten und subakuten Katarrhen der Urethralschleimhaut verordnet. Solange man nur die stets mehr oder minder starke Reizerscheinungen verursachenden Adstrigentia und Antiseptica, wie Zink, Alaun, Kalium

hypermang., Arg. nitric.-Lösungen usw. kannte, waren die Injektionen mit der Spritze nur indiziert, wenn der Prozefs auf p. ant. urethr. beschränkt war, da sich in solchem Falle der Schliefsmuskel infolge der Reizung so stark kontrahierte, dafs von den Medikamenten für gewöhnlich nichts in die hinteren Partien der Harnröhre gelangen konnte. Mit der Einführung der nicht oder nur wenig reizenden Silbereiweifsverbindungen in die Therapie der urethralen Katarrhe änderte sich das Verhältnis, indem diese Heilmittel, namentlich wenn sie, wie empfohlen, längere Zeit in der Urethra zurückbehalten werden und die Konzentration nicht allzu stark ist, fast in jedem Falle auch ohne jeden Kunstgriff den Sphincter passieren und auch auf die p. p. urethr. bezw. sogar die Blase ihre Wirksamkeit entfalten können; diese Silbereiweifsverbindungen, wie Protargol, Angonin u. dgl. haben also die Therapie der akuten Harnröhrenentzündungen auch nach dieser Richtung nicht unwesentlich erweitert.

Anders steht die Sache bei chronischen Katarrhen der Urethra; insoweit diese nur auf die p. ant. beschränkt sind, kann man schliefslich noch hoffen, durch Injektion starker konzentrierter Lösungen noch einigermafsen günstig auf sie einzuwirken; in die p. post. dringen solche Lösungen ganz gewifs nicht; sind daselbst pathologische Veränderungen vorhanden, z. B. an den Ausführungsgängen der ducti ejaculat., des utric. masculin. usw., so war nur der Arzt selbst bisher imstande, hier therapeutisch einzugreifen; für den Patienten bleibt diese Behandlungsart auch weiterhin am vorteilhaftesten, da die genannten Veränderungen zumeist von anderen Komplikationen begleitet sind, wie Prostatitis chron., Strikturen usw., die niemals der Patient allein wird behandeln können. — Sollte aber einmal eine Urethr. chron. ant. et post. ohne weitere Komplikationen bestehen und der Kranke aus irgendeinem Grunde nicht ständig in Behandlung eines Arztes sein kann, so ist man in der Lage, mit Anwendung meines Kunstgriffes auch stärker konzentrierte Lösungen in die p. post. zu bringen.

Die von mir in dieser Richtung angestellten Versuche haben ergeben, dafs Arg. nitric.-Lösungen bis 1 : 2500 in die p. post. eindringen können, allerdings nicht bei den ersten Injektionen, sondern bis die Schleimhaut sich halbwegs an diese Konzentrationen gewöhnt hatte. Diese Versuche stellte ich in der Art an, dafs ich die Patienten selbst — um die wirklichen Verhältnisse möglichst zu imitieren — 10 cm^3 einer bestimmten Lösung injizieren liefs und dieselben fünf Minuten in der Urethra beliefs; während nun ohne Verwendung meines Kunstgriffes beinahe die Gesamtmenge der injizierten Flüssigkeit wieder ablief, sank diese bei Anwendung desselben beinahe bis zur Hälfte. Gegen diesen Versuch könnte man vielleicht unter anderem einwenden, dafs die injizierte Flüssigkeit beim Zusammentreffen mit organischem Gewebe ganz oder teilweise koa-

gulierte, an Konzentration einbüfste und daher leichter in p. post. vordringen konnte; ich wiederholte daher diese Versuche mit Alaunlösungen, gegen welche man diesen Einwurf nicht erheben kann. Das Resultat war aber ein gleiches; Lösungen bis 1 : 250 drangen, bei drei Minuten dauernder Anwesenheit in der Urethra, in die p. post. vor, indem nur zwei Drittel der injizierten Menge zurückfloſs, bei schwächerer Konzentration war diese noch viel gröſser. Diese Untersuchungen sind allerdings — wie ich zugeben will — nicht vollkommen einwandsfrei, aber das eine stellen sie doch fest, daſs gegebenenfalls auch stärker konzentrierte Lösungen bei Verwendung meines Kunstgriffes in die p. post. eingeführt werden können.

II. Bei Spülungen der Harnröhre und Blase nach JANET.

Diese Methode hat eine Zeitlang bei der Behandlung des Urethritis gonorrhoeca acuta groſse Verbreitung erlangt, ja, sie sollte sogar imstande sein, bald genug nach der Infektion angewendet, diese ganz zu kupieren; ich habe mich leider nur in sehr wenigen Fällen von dieser Eigenschaft überzeugen können und muſs vielmehr bekennen, daſs ich in dieser Beziehung, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten bei der Ausführung dieser Methode für Arzt und Patient, viel mehr Miſserfolge als Erfolge gesehen habe; aber bei der Behandlung der Urethritis und Cystitis im subacuten Stadium hat mir diese Behandlungsart ganz ausgezeichnete Dienste geleistet und möchte ich sie hierbei nicht mehr missen. Wer aber diese Spülungen häufiger gemacht hat, der wird erfahren haben, mit welcher Schwierigkeit diese oft über den Sphinkter hinaus geführt werden können; dieser Muskel wird, auch wenn man nur Kalium hypermang.-Lösungen in schwacher Konzentration verwendet, von empfindlichen Kranken so energisch kontrahiert, daſs dessen Überwindung, wenn überhaupt, nur mit auſserordentlich groſsen Schmerzen für den Patienten durchführbar ist. Früher muſste ich infolgedessen in einem groſsen Teile meiner Fälle, auch wenn diese Behandlungsart strikte indiziert war, von ihr absehen; seit ich meinen Kunstgriff anwende, habe ich bisher noch jedesmal reüssiert, ja, ich vermag sogar Lapislösungen von 1 : 1500 mittels Irrigateur oder JANETscher Handspritze mit nicht stärkeren Schmerzen, als eben eine solche stark konzentrierte Lösung an sich verursacht, über den Muskel hinaus in p. post. in die Blase einzuführen. Diese starken Lösungen verwende ich natürlich nur zur Behandlung von chronischer Urethritis und Cystitis — wenn sie nicht gar zu alt sind —, ferner nach Massagen bei Prostatitis chronica, nach Sondierungen bei Strikturen, wonach das Katheterisieren von den Kranken meist äuſserst peinlich empfunden wird.

III. Bei Sondierungen.

In der Hand eines geübten Urologen macht die Einführung eines Metallinstrumentes im allgemeinen keine Schwierigkeit; ihm gelingt diese Manipulation in den weitaus meisten Fällen, wenn auch er bei der gröfsten Dexterität nicht wird vermeiden können, dafs das Passieren des Sphinkters schmerzhaft empfunden wird. Der Anfänger oder der Arzt, der seltener in die Lage kommt, solche Eingriffe vorzunehmen, verursacht hierbei immer sehr starke Schmerzen und nicht selten mehr oder minder starke Blutungen; in ungeübten Händen dauert nämlich die Manipulation verhältnismäfsig lang, die Schleimhaut wird durch unsichere Bewegungen des Instrumentes stark und schmerzhaft gereizt, weshalb sich der Sphinkter unwillkürlich krampfhaft kontrahiert und nur durch stärkere Gewaltanstrengung — das einzige, was hier indiziert wäre, nämlich Ruhe und Geduld, fehlt gewöhnlich — überwunden werden kann, ein Vorgehen, das die starken Schmerzen und Blutungen erklärlich macht.

Diesen Kollegen kann ich die Anwendung meines kleinen Kunstgriffes sehr empfehlen; sie werden die Beobachtung machen, dafs das Instrument, wenn es lege artis bis zum Sphinkter eingeführt und der Patient in diesem Moment aufgefordert wird, zu urinieren, wie mit einem Sprunge über die Barriere setzt und langsam in die p. post. vordringt.

Bei Einführung einer Knopfbougie behufs Untersuchung auf Strikturen ist diese Erscheinung nicht deutlich, aber auch hier leistet mein Kunstgriff in einigen Fällen gute Dienste, nämlich in solchen, wo die Striktur sehr nahe dem Sphinkter sitzt; vermag nämlich die Bougie nicht weiter vorzudringen, so kann dies entweder durch die Verengerung oder den stark kontrahierten Muskel hervorgerufen sein; mit Hilfe meines Kunstgriffes ist die Differentialdiagnose sehr leicht.

Mir ist nicht bekannt, dafs jemals ein gleicher oder ähnlicher Vorschlag, wie ich ihn in meinem kleinen Kunstgriffe angebe, gemacht worden wäre und übergebe denselben der Nachprüfung mit der Überzeugung, dafs er niemals schaden, in sehr vielen Fällen aber von grofsem Nutzen sein wird.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

Sitzung vom 9. November 1905.

1. Afzelius demonstriert einen Fall von **Lichen planus** von linearer Anordnung. Er betrifft einen 54jährigen Landwirt, hochgradig nervös mit sehr anstrengender Beschäftigung, weshalb er dieselbe in der letzten Zeit hat aufgeben müssen. Der Ausschlag begann vor etwa einem Jahre am Penis und verbreitete sich nach einigen Monaten rasch. Gegenwärtig finden sich auf der Innenseite des rechten Oberschenkels typische Lichen planus-Papeln in einem schmalen Bande von der Inguinalfalte bis zum Knie laufend und von da auf dem Unterschenkel in linearer Anordnung bis zu den inneren Malleolen fortsetzend, wo der Ausschlag aus langgestreckten Konglomeraten von Papeln mit blauroter Farbe besteht. Diese langgestreckten Plaques sind durch gesunde Hautpartien voneinander getrennt. Auf der Planta pedis ist eine kleine Gruppe gröfserer atypischer Papeln. Um den Trochanter auf demselben Bein ist eine flachhandgrofse infiltrierte, blaurote Plaque. Auf der Penishaut wie auch auf der Glans ringförmig angeordnete, helle Plaques.

2. Almkvist demonstriert einen Fall von **Mykosis fungoides.**

Diskussion: Sederholm erwähnt anläfslich des gezeigten Falles einen ähnlichen, den er neulich beobachtet hat. In diesem war das ekzematöse Stadium ebenfalls mit intensivem Jucken verbunden und bestand lange, fünf bis sechs Jahre. Erst nach dieser Zeit begannen Tumoren wie auch Drüsenanschwellungen zu entstehen. Ein Drüsenpaket wurde exstirpiert, Patient wurde mit Arsenik behandelt, und die Tumoren verminderten, desgleichen auch das Jucken. Der Zustand war dann ein Jahr lang gut. Ein anderer Fall mit allgemeiner Drüsenanschwellung führte dagegen zum Tode (an allgemeiner Sarkomatosis).

3. Sandman demonstriert als geheilt nach Lichtbehandlung einen früher gezeigten Fall von **Tuberkuliden.**

4. Sandman demonstriert einen Fall von **Lupus** mit verhältnismäfsig schnellem, malignem Verlauf. Patientin, eine 44jährige Frau, ist seit fünf Jahren krank, sie ist wiederholt chirurgisch behandelt worden. Die äufsere Nase ist vollständig weg, an deren Stelle befindet sich eine trichterförmige Vertiefung. Die Oberlippe ist ebenfalls zum grofsen Teile weg, so dafs die Gaumenschleimhaut unmittelbar in die Gesichtshaut übergeht. Vollständiges Ektropium auf den unteren Augenlidern. Die Haut auf der ganzen Mittelpartie des Gesichts von den Augen bis zum Unterkieferrande ist zu einem glatten, unbedeutend geröteten Narbengewebe verändert. Die Nasenkavität besteht aus einer gemeinsamen Höhle, bekleidet mit narbenumwandelter Schleimhaut. Gingiva maxillae ulceriert, locker, granuliert.

5. Afzelius berichtet über einen Fall von **Vaccina generalisata.** Patient, vier Jahre alt, wurde zusammen mit seinem Bruder am 19. September mit derselben Lymphe geimpft. Nach acht Tagen vier typische Impfpocken. Am 13. Tage zeigten sich rote Flecke auf dem Fufse und ähnliche auch im Gesicht. Am folgenden Tage stieg die Temperatur auf 38°, und neue Flecke entstanden auf vorher angegriffenen Hautpartien wie auch auf den Armen und hier und da auf dem Rumpfe. Auf einigen der Flecke waren Vesikeln. Am dritten Tage Temperatur 39° und Ausbruch von

sehr zahlreichen gröfseren und kleineren Vesikeln und Pusteln besonders an den Füfsen und im Gesicht, welches überall gerötet und geschwollen war. Am Rumpfe fortfahrend mehr vereinzelte Effloreszenzen, welche an Varicellen erinnerten. Am vierten Tage Temperatur 39,5°. In der folgenden Woche war die Temperatur 38 bis 38,5°, und es entstanden neue Effloreszenzen, die sich zu stecknadelkopfgrofsen bis erbsengrofsen Pusteln entwickelten. Die Schleimhäute waren die ganze Zeit frei von Ausschlag. Allmählich trockneten die Pusteln zu braunen Krusten zusammen, wovon einige ein genabeltes Aussehen hatten. Nachdem die Krusten abgefallen waren, hinterblieben zahlreiche Narben, indessen nicht so viele, wie Effloreszenzen gewesen waren. Die meisten heilten also ohne Narbenbildung. Die Narben ähneln gewöhnlichen Impfnarben, sind aber etwas oberflächlicher. Das Fieber war am zwölften Tage verschwunden, und Patient war dann wieder hergestellt.

Sitzung vom 11. Januar 1906.

1. Sandman demonstrierte einen Patienten mit **Leichentuberkeln.** Patient, ein Stud. med., hatte bei Obduktion einer Leiche mit ausgebreiteter Lungentuberkulose im März 1905 in den linken Daumen einen Rifs bekommen. Die Wunde heilte mit Schwierigkeit, und allmählich bildete sich eine anfangs unbedeutende warzenähnliche Erhöhung auf geröteter Basis. Ende vorigen Jahres begann diese stark zu wachsen. Nun ist über dem Interphalangealglied des Daumens auf der Dorsalseite eine mehr als erbsengrofse, warzenähnliche Erhöhung auf der Oberfläche mit Epidermiskrusten zu sehen.

2. Moberg demonstrierte einen Fall von **Lichen planus hypertrophicus.** Der Fall betraf einen älteren Mann, der seit mehreren Jahren an seinem Übel gelitten hatte, das von intensivem Jucken begleitet war. Der Ausschlag war hauptsächlich auf beide Unterschenkel beschränkt, wo sich grofse hypertrophische Plaques, zum Teil mit follikularer Hyperkeratose, vorfanden. Am Vorderarm oberhalb des Handgelenks wie auf der Innenseite des Rumpfes hatte es kleinere Gruppen von Lichenpapeln gegeben. Eine längere Arsenikbehandlung in stärkeren Dosen hatte zwar die letzteren beseitigt, aber den Ausschlag auf den Unterschenkeln nicht wesentlich beeinflufst. Etwas waren sie indes von Chrysarobin und Salicylseifenteerpflaster influiert worden, und die subjektiven Symptome waren wesentlich vermindert.

Diskussion: Afzelius berichtet anläfslich des gezeigten Falles über zwei von ihm behandelte Fälle von Lichen planus mit bemerkenswertem Verlauf. Der eine betrifft eine Schauspielerin, deren von intensivem Jucken begleitete Licheneruption verschwand, als sie an Morbilli erkrankte. Der andere Fall war ein ausgebreiteter und gegen Behandlung mit Arsenik und Chrysarobin sehr resistenter Fall, welcher doch nach 14 Tage angewandten Sonnenbädern verschwand.

3. Sandman zeigt einen Fall von **Lupus.**

4. Hybinette zeigt einen Fall von **Mykosis fungoides.** Patient, ein 44jähriger Mann, erhielt im Winter 1886 zweipfennigstückgrofse und kleinere, etwas gerötete und schuppende Flecke an Rumpf und Armen, begleitet von Jucken. Auf diesem Stadium ungefähr bestand die Krankheit neun Jahre. Dann begannen kleine blaurote Knötchen hier und da an Armen und Rumpf aufzutreten. Ein Teil davon verschwand teils mit, teils ohne Narbenhinterlassung. Andere sind hinzugekommen und teilweise zu Konglomerattumoren zusammengeschmolzen. Im Zusammenhange hiermit begannen die Lymphdrüsen in der rechten Axilla bedeutend anzuschwellen. Eine Ulceration fand sich da nicht vor, später aber begann ein Teil dieser Tumoren zu ulcerieren und einen stinkenden Eiter abzusondern. Zwei Jahre später auch Drüsenanschwellung in der linken Axilla und in den Leisten. Im letzten Jahre ist Patient sehr mager geworden, und sein Allgemeinbefinden hat sich verschlechtert. Als

Patient im November vorigen Jahres ins Seraphimer-Lazarett aufgenommen wurde, war sein Zustand doch ziemlich befriedigend. Die Haut zeigte an Rumpf und Extremitäten teils ekzematöse, teils tumorähnliche Veränderungen. Die tumorähnlichen waren teils hirsekorn- bis bohnengroſs, gerötet, teils groſs, sich über 10 qcm erstreckend und über einige Zentimeter über das Hautniveau erhebend, unregelmäſsig mamelloniert, der Farbe nach rot bis rotblau, teils schuppend, teils erodiert und ulceriert. Alle regionären Drüsen angeschwollen bis zur Gröſse einer spanischen Haselnuſs. Alopecie an den Stellen, wo die Veränderungen hochgradig waren. Milz vergröſsert. Hämoglobingehalt 90%, rote Blutkörperchen 5,800 0000, weiſse 14000; Lymphocyten 40%. Seit der Aufnahme hat Patient täglich Röntgenbehandlung, zusammen 80 Bestrahlungen, erhalten. Als Resultat der Behandlung ist zu merken: Allgemeinbefinden verbessert, Jucken verschwunden, Drüsenanschwellungen gleichfalls, die Milz hat sich zu normaler Gröſse zusammengezogen, Anzahl der weiſsen Blutkörperchen 8000; Lymphocytose verschwunden. Die Tumoren sind auf das umgebende Hautniveau herabgebracht; die Haut ist über denselben dünn und gerötet, schuppend.

Sitzung vom 8. März 1906.

1. Afzelius demonstriert einen Fall von **Sklerodermie.**

2. Almkvist zeigt einen Patienten, Krankenhausdiener, der bei Obduktion mit **Leichentuberkeln** infiziert worden ist.

3. Sandman zeigt einen Fall von **Epithelioma.**

4. Sandman zeigt ein 13jähriges Mädchen mit **Lupus vulgaris** am linken Auge. Die Mutter der Patientin starb 1902 an Lungentuberkulose. Zu derselben Zeit bekam Patientin Schmerzen im linken oberen Augenlide. Sie wurde in demselben Jahre deswegen operiert und dann eine Zeitlang täglich mit Röntgenstrahlen behandelt. Die Haut um das linke Auge von der Mitte des Nasenrückens bis einige Zentimeter vor dem äuſseren Augenwinkel ist gerötet, zum Teil mit Krusten bedeckt, zum Teil ulceriert, leicht blutend, mit einzelnen deutlichen Lupusknötchen. Beide Augenlider verdickt, mit ulcerierten feinen Rändern. Alle Wimpern weg. Die Innenseite der Augenlider gerötet, ödematös, zum Teil mit papillösen Exkreszenzen. Mund- und Nasenschleimhaut ohne Besonderheiten.

5. Moberg demonstriert einen zehnjährigen Knaben mit einem flachhandgroſsen, über zehn Jahre bestehenden **Lupus** in der linken Glutealregion.

6. Moberg demonstriert eine Frau in mittleren Jahren mit **Lichen planus** in Form von auſserordentlich zahlreichen kleinen, über den gröſseren Teil der Hautfläche verbreiteten Papeln.

7. Moberg demonstriert einen Fall von **papulo-nekrotischen Tuberkuliden.** Patientin, eine 32jährige Ehefrau, ist Mutter mehrerer Kinder. Ihr Vater ist an Tuberkulosis gestorben. Vor zehn Jahren wurde sie wegen tuberkulöser Lymphome am Halse operiert, und vor drei Jahren wurde sie einer neuen Operation unterworfen wegen einer vermutlich tuberkulösen Affektion des Sternoclaviculargelenkes. Sie ist im allgemeinen recht kränklich gewesen. Ihr gegenwärtiger Hautausschlag besteht seit zirka einem halben Jahre, vielleicht noch länger. Sie hat das Leiden anfänglich nicht berücksichtigt, weil es ihr keine subjektiven Unannehmlichkeiten verursachte, und nur die Befürchtung, daſs die Krankheit ansteckend sein könnte, hat sie dem Arzte zugeführt. Sie hat einen gruppierten papulösen Ausschlag an den Händen, Fingern und Handgelenken, der rechten Hüfte und den beiden Unterschenkeln. Die einzelnen Effloreszenzen, die im allgemeinen hanfkorngroſs, bisweilen in der Gröſse etwas verschieden sind, befinden sich in verschiedenen Entwicklungsstadien, teils sind es gerötete Flecke, teils mit Krusten bedeckte oder offene, scharf ausgehauene kleine Substanzverluste. Auch einzelne kleine weiſse, rundliche Narben.

8. WIMAN demonstriert aus Prof. WELANDERS Krankenhausabteilung Präparate von zwei Fällen von **hereditärer Lues** mit reichlichem Vorkommen von Spirochaeta pallida.

Diskussion: JUNDELL erwähnt seine Untersuchungen über denselben Gegenstand. Unter sieben Fällen von Sklerose traf er Spirochaeta pallida sechsmal an. Auch in einem Falle von Gummata fand sich dieser Pilz vor. In Cancerfällen wurde Spirochaeta refringens angetroffen. Untersuchung von macceriertem Fötus oder von Syphilisfällen im sekundären Stadium, wo Roseola in der Entwicklung war, hatte dagegen ein negatives Resultat.

WELANDER weist darauf hin, daſs in den beiden Fällen, von welchen WIMAN Präparate gezeigt hat, die Mütter der Föten keine Hg-Behandlung erhalten hatten.

Sitzung vom 12. April 1906.

1. CLASON demonstriert einen Fall von **akuter multipler Hautgangrän.** Patientin, eine 22jährige Frau, die 1½ Jahr in Prof. LEUNANDERS Klinik in Upsala behandelt worden ist, ist nervös, zeigte aber keine ausgesprochenen hysterischen Symptome. Sie ist immer kränklich gewesen. Erhaltene Wunden heilen schwer. Im Jahre 1900 erhielt sie nach einem Trauma im linken Zeigefinger eine schwerheilende Wunde. Kurz darauf entstanden am linken Vorderarm zwei erbsengroſse Wunden, die nach Aussehen und Verlauf den jetzigen vollkommen gleich waren. Im August 1904 bekam Patientin einen Schiefer in den rechten Zeigefinger und in Zusammenhang damit eine infizierte Wunde, die mehrere Monate bestand. Gleichzeitig starke Schmerzen in dem angegriffenen Finger, aber auch in den übrigen Fingern und der Hand. Im November erst drei neue Wunden, nahe der ursprünglichen, später eine gröſsere. Im Dezember neue Effloreszenzen an demselben Finger. Alle Effloreszenzen lassen sich folgendermaſsen charakterisieren: Nach mehrtägiger Empfindlichkeit und Schmerz erscheint an einer zuweilen angeschwollenen Hautstelle ein kleiner roter Fleck. Am folgenden Tage wird die Farbe im Zentrum weiſsgelb mit unregelmäſsigen Rändern. Bisweilen ist das Zentrum erhaben, senkt sich aber bald, ohne eine typische Vesikel gebildet zu haben und erscheint wie eine nekrotische dunkelnde Kruste. Wenn sie abgestoſsen wird, bleibt eine oberflächliche Ulceration bestehen ohne Tendenz, in die Tiefe zu gehen. Die angegriffene Haut ist gegen die Unterlage frei verschiebbar. Mikroskopisch sieht man einen seichten, kraterförmigen Defekt in den Hautschichten; umgebende Epithelzellen nekrotisch, Kapillaren stark gefüllt, leukocytöse Infiltration in der Umgebung. Die Ulcerationen heilen äuſserst langsam, wenn sie sich selbst überlassen bleiben.

Solche Eruptionen sind mit Zwischenräumen von einigen Wochen aufeinander gefolgt. Verschiedene sind auf vorher angegriffenen und geheilten Stellen aufgetreten, andere haben allmählich neue Gebiete in aufsteigender Folge längs der Hand, des Vorderarmes und zuletzt des Oberarmes hauptsächlich, doch nicht ausschlieſslich auf vom N. radialis innervierten Hautgebieten ergriffen. Die Eruptionen haben oft sehr heftige Schmerzen als Vorboten, immer aber solche als Begleiter gehabt. Die Lymphdrüsen sind nicht angeschwollen gewesen. Bakteriologische Untersuchungen und Impfversuche haben negative Resultate gegeben. Die einzige Behandlung, die sich in bezug auf die Heilung vorhandener Ulcerationen wirklich effektiv erwiesen und die Schmerzen beseitigt hat, hat teils in Auskratzung und Exzision nebst Behandlung mit 95%igem Phenol oder Sprit, teils in Abschneidung der nach dem angegriffenen Gebiete gehenden oberflächlichen Nervenzweigeäste bestanden. Auf das Fortschreiten der Krankheit hat diese Behandlung ebensowenig einzuwirken geschienen wie Röntgenbehandlung oder Staubinde nach BIER oder die versuchten inneren Mittel. Thyreoidea für inneren Brauch scheint indes die Heilung etwas zu beschleunigen.

Offenbar ist dies ein Fall der Krankheit, welche Doutrelepont akute multiple Hautgangrän genannt und Kaposi als Zoster gangraenosus hystericus beschrieben hat.

2. Clason demonstriert einen Fall von **Tuberkuliden.** Patientin, 29 Jahre, Lehrerin, ist früher wegen tuberkulösen Lymphomen operiert, und später sind neue solche entstanden. Seit Oktober 1905 leidet sie an ihrer Hautkrankheit, die bisweilen in die Seitenränder der Füfse, aber auch in die Finger und Knie lokalisiert ist und aus pfennigstückgrofsen und kleineren Herden von dem für die papulonekrotischen Tuberkuliden charakteristischen Aussehen und derselben Evolution besteht. Am linken Unterschenkel sind indessen einige wenige etwas gröfsere Infiltrationen vorgekommen, welche länger persistiert haben und nicht zur Ulceration gekommen sind. Über der Dorsalseite des linken Handgelenkes befindet sich seit einigen Monaten unter unveränderter Haut eine längliche Infiltration von teigiger Konsistenz (Tuberkulose in der Sehnenscheide?).

Diskussion: Afzelius betont zufolge Clasons Frage, betreffend die Behandlung, dafs er Behandlung mit einer aus Kampfer und Ichthyol bis zu 20% bestehenden Salbe geeignet gefunden hat. Moberg betont die Ähnlichkeit zwischen einer Efflorescenz auf dem einen Unterschenkel und Erythema induratum (Bazin). Übergänge zwischen Erythema induratum und papulo-nekrotischen Tuberkuliden finden sich vor, und die Ätiologie ist ja dieselbe. Da das Auftreten beider von einer venösen Stase begünstigt wird, ist ja die Behandlung, welche dieser entgegenwirkt, symptomatisch richtig. Moberg pflegt daher ebenso wie Afzelius Mittel anzuwenden, welche hautreizend wirken und durch Hervorrufen von arterieller Hyperämie der Stase entgegenwirken, wie auch an den Unterschenkeln, Kompression. Wichtig ist ferner, Füfse und Hände während der kalten Jahreszeit vor der Kälte zu schützen.

3. Afzelius demonstriert eine Patientin mit einem **chronischen, rezidivierenden, juckenden, multiformen Erythema,** welches er trotz wesentlicher Verschiedenheiten gegen das gewöhnliche Bild möglicherweise zu Dermatitis herpetiformis (Duhring) hinführen möchte. Patientin, ein 15jähriges kränkliches anämisches Mädchen hat seinen Ausschlag seit zwei bis drei Jahren mit gewöhnlich zwei- bis dreiwöchentlichen Pausen. Der Ausschlag, auf Arme und Hals beschränkt, tritt gewöhnlich nur an einer Stelle, bisweilen auf zweien gleichzeitig auf. Nach zirka zweiwöchentlicher Dauer sind die Ausschläge mit nur unbedeutender Pigmentierung involviert, die dann noch einige Zeit besteht. Der Ausschlag beginnt in Form von etwa pfenniggrofsen, roten Papeln, von denen einige unverändert bleiben, andere aber peripherisch wachsen, während das Zentrum abblafst und einsinkt, so dafs Ringe entstehen. Neue Papeln entstehen rings um die zuerst aufgetretenen. Auch rein erythematöse Flecke kommen vor, seltener Vesikeln. Das Jucken ist hochgradig.

4. Moberg demonstriert einen Fall von **Lichen planus** mit ringförmiger Anordnung. Patient, ein 43jähriger Lehrer, hat seinen Ausschlag seit fast einem Jahre. Er ist hauptsächlich in der Biegeseite des linken Handgelenkes und an linken Fufs unter dem äufseren Malleolus lokalisiert. Einige kleinere Effloreszenzen sind auch am rechten Handgelenk. Am linken Handgelenk finden sich aufser kleinen, stecknadelkopfgrofsen und etwas gröfseren, polygonalen, platten, typischen Papeln und noch kleineren spitzigen auch vier gröfsere Plaques. Diese sind etwa von der Gröfse eines Pfennigs und zeigen deutliche Ringform, eine ist mehr langgestreckt, oval.

Diskussion: Afzelius erwähnt einen Fall von Lichen, wo sich unter anderem annuläre Papeln an dem Penis und der Glans fanden, welche zurückblieben, als alle anderen Effloreszenzen durch die Behandlung geheilt waren. Sederholm hatte in bezug auf die Resistenz der annulären Licheneffloreszenzen gegen die Behandlung dieselbe Erfahrung.

5. Moberg demonstriert eine 46jährige Frau mit **ausgebreitetem hypertrophischem Lichen planus.** Der Ausschlag, welcher seit kurzer Zeit besteht, ist hauptsächlich auf die Extremitäten beschränkt, obgleich sich auch auf dem Bauche mehrere Plaques vorfanden. Am zahlreichsten ist der Ausschlag an den Handgelenken, den Zehen und Unterschenkeln und besteht meist aus recht grofsen, rundlichen Plaques mit einer nur geringen Anzahl kleiner typischer Papeln. Stellenweise ist das Aussehen so, dafs man versucht sein könnte, in der Diagnose zu zweifeln und daran zu denken, ob es nicht ein Lichen simplex chronicus sein könnte.

6. Moberg demonstriert einen 32jährigen Beamten mit einem Ausschlag, der seit seinem 19. Lebensjahre besteht. Derselbe hatte dann zuerst an den Extremitäten begonnen und allmählich zugenommen und war nun über den ganzen Körper verbreitet, am zahlreichsten doch auf den Streckseiten der Arme und Beine und an der Stirn. Er besteht aus kleinen, gewöhnlich etwas langgestreckten, unbedeutend erhöhten, im allgemeinen aber palpablen pigmentierten Flecken, die der Haut ein sehr eigentümliches Aussehen verleihen. Von Farbe sind sie rotbraun bis gelbbraun. Ein gewisser Grad von einer Urticaria factitia besteht in der Weise, dafs diese Flecke sich bei mechanischer Reizung erheben. Die dazwischenliegende freigebliebene Haut zeigt dagegen keine bemerkenswert gesteigerte Reizbarkeit. In den letzten Jahren scheinen keine neuen Flecke entstanden zu sein.

Offenbar liegt hier eine spät auftretende **Urticaria pigmentosa** vor.

7. Sederholm demonstriert einen Fall mit unsicherer Diagnose, der aber wahrscheinlich zu **Sklerodermie** hinzuführen ist. Bei der Untersuchung der Patientin, einer 58jährigen Frau, wurde beobachtet, dafs ein grofser Teil des Rumpfes von kleinen, punktförmigen bis handgrofsen, runden weifsen, atrophischen Flecken übersät war. Dieselben sind zerstreut, sammeln sich aber in Herden. In der Mitte solcher Herde sind gröfsere Flächen in derselben Weise verändert, und auf verschiedenen von diesen, besonders über dem os sacrum findet man eine, Hyperkeratose ähnliche, Ichthyosis. In der dort ziemlich schlichten Hornschuppe, die in Papillarfelder geteilt ist, gröfser als für den Körperteil normal, finden sich abgegrenzte Hornperlen wie follikulare Hyperkeratosen. Nirgends eine Andeutung von einer vorhergehenden inflammatorischen Veränderung. Ein ähnlicher gröfserer Herd ist auf dem äufseren Teile der rechten Kniebeugefalte.

Patientin hat gute Gesundheit und ist korpulent. Seit ihrer Kindheit hat sie in den Supraclavicularegionen ein paar weifse Flecke gehabt, die nach ihrer Ansicht nach dem Vesicatorium entstanden sind. Die übrigen Flecke sind während der letzten zwei Jahre entstanden. Sie hat sich nie um dieselben gekümmert und weifs nicht, in welcher Ordnung sie aufgetreten sind. Niemals haben dieselben Jucken verursacht.

8. Sandman zeigt einen 16jährigen Knaben mit **Lupus.** Die Krankheit, welche nach den Masern auftrat als Patient vier Jahre alt war, besteht aus mehr als 40 über den Körper verbreiteten dunkelbraunen, einige Zentimeter langen Herden, die etwas über die Hautoberfläche erhaben sind und aus einem Konglomerat von Lupuswärzchen bestehen. Übrigens ist Patient gesund.

Diskussion: Sederholm hält solche Formen für selten bei uns. Sie sollen typisch für Lupus sein, der plötzlich nach den Masern auftritt, und in gewissen Gegenden zahlreich vorkommt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

August 1906. Bd. 81, Heft 1.

I. **Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie**, von Paul Rusch-Innsbruck. Die Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie ist relativ jüngeren Datums. R. teilt eine Reihe klinisch und meist auch histologisch untersuchter Krankheitsfälle mit, die in den letzten Jahren an der Innsbrucker dermatologischen Klinik zur Beobachtung kamen. Die Untersuchung ergab, daſs man es mit einer einheitlichen, nosologisch zusammengehörigen Erkrankung zu tun hat. Doch kann man vom klinischen Standpunkte aus hauptsächlich zwei Kategorien von Fällen unterscheiden: 1. jene, bei denen ausschlieſslich die Atrophie als solche in die Erscheinung tritt und entzündliche Veränderungen makroskopisch-klinisch fehlen; 2. solche, bei denen zu irgendeiner Zeit des Bestehens der Atrophie, sei es im Beginn, sei es im weiteren Verlaufe entzündliche Erscheinungen, wie Schwellungen, Ödeme und dergleichen, das Bild des Gewebeschwundes begleiten. Von beiden Typen folgen eine Reihe von Fällen.

II. **Über erworbene, progressive, idiopathische Hautatrophie**, von P. Thumm-Leipzig. Verfasser schildert einen einschlägigen Fall eigener Beobachtung. Ein gesundes, kräftiges Mädchen, welches weiter nichts Unnormales bot als blaugefärbte, stets kühle Hände und häufige Migräne, erkrankte plötzlich an periodisch auftretenden, umfangreichen, teigigen Schwellungen und fast kontinuierlich aufschieſsenden, immer wiederkehrenden zahlreichen Erythemflecken und Quaddelausbrüchen im Beginn ihrer Pubertätszeit. Nach einiger Zeit endigen diese Schwellungen nicht mehr symptomlos, vielmehr bleiben im Anschluſs an die heftigste Attacke im Bezirke der schwerstheimgesuchten Hautregionen anfänglich blaurot gefärbte, später weiſs werdende atrophische Parties zurück, welche sich bei den nachfolgenden Anfällen unausgesetzt vergröſsern. Da ändert sich wie mit einem Schlage das Krankheitsbild, und zwar im unmittelbaren Anschluſs an die erste Menstruation, die Quaddeln und Ödeme kehren monatelang nicht wieder, die regionäre Kongestion der erkrankten Bezirke macht einer schlaffen Atrophie der Hautdecke Platz, die blaurote Färbung wird zu einer rein weiſsen und der Krankheitsprozeſs schreitet nicht mehr weiter, die vorher unaufhaltsam wachsenden atrophischen Bezirke verharren auf ihrem bis dahin erreichten Umfange. Man muſs daraus schlieſsen, daſs Ödeme und Atrophie entweder zueinander in einem kausalen Abhängigkeitsverhältnis stehen oder zum mindesten gleichzeitige und zusammengehörige Folgen einer und derselben ätiologischen Noxe sind, welche mit gröſster Wahrscheinlichkeit in Anomalien der sexualen Funktionen zu suchen ist. Der Umstand, daſs die Entstehung und weitere Ausbreitung der Atrophie immer erst vorausgegangenen Quaddelattacken nachfolgte, spricht gewiſs mehr für ein post hoc, ergo propter hoc.

III. **Circumskripte Cutis anserina**, von Felix Pinkus. Durch kräftige Berührung des Afters (Prostamassage) sieht man bei vielen Männern ein besonders starkes Aufschieſsen von Cutis anserina der Gesäſshaut. An drei genau beschriebenen Fällen sah Verfasser die reflektorische Zusammenziehung der Arrectores pilorum einseitig. Doppelseitig wurde der Reflex in vielen Fällen beobachtet und zeigte dabei genau dieselbe Lokalisation und dieselben Unterschiede der Intensität wie der einseitige in den verschiedenen Fällen. Als Ursache des Phänomens kann nur eine

nervöse Erregung angesehen werden. Es handelt sich im Vorliegenden um einen halbseitigen, in einem umschriebenen Innervationsgebiete auftretenden, durch reflektorische Erregung zustande gekommenen Kontraktionszustand der glatten Hautmuskulatur (Cutis anserina). Dieser motorische Reflex ist den anderen bekannten systematisierten Störungen der Hautinnervation anzugliedern, welche man bisher nur als Störungen der sensiblen, der vasomotorischen und sekretorischen Funktion kannte. Das Vorkommen dieser neuen Art der Innervationsstörung deutet darauf hin, daſs man noch nicht alle systematisierten Veränderungen des Nervensystems kennt.

IV. **Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis**, von B. Eutz-Wien. Den Gegenstand der Untersuchungen bildeten sieben Fälle von kongenitaler Lues in Budapest. Überall fanden sich Spirochäten reichlich.

V. **Beiträge zur Spirochätenfrage**, von Karl Löwy-Prag. Auf der Pickschen Klinik wurden Luesfälle aller Art auf Spirochäten untersucht. Der Nachweis der Spirochäten gelang in primär- und sekundärluetischen Produkten mit immer zunehmender Konstanz, bei tertiärluetischen Prozessen nie.

VI. **Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis**, von Moritz Oppenheim-Wien. Im Gegensatze zur relativ groſsen Zahl der Fälle von Atrophia cutis idiopathica diffusa scheint die Zahl der Fälle, in denen die idiopathische Atrophie fleckweise auftritt, recht selten zu sein. Verfasser beschreibt eingehend die bisher mitgeteilten Fälle als Sammelreferat. Dann fügt er Krankengeschichten eigener Beobachtung an. (Schluſs folgt.)

VII. **Untersuchungen über Syphilis an Affen**, von Ernest Finger-Wien. F. bespricht seine Resultate von Impfungen mit verschiedenartigem Syphilismaterial und seine Untersuchungen über Syphilisimmunität. Zuerst wurden siebenmal Lymphdrüsen verimpft von zwei Patienten aus der primären Periode und von drei aus der sekundären. Geimpft wurden M. Rhesus sinicus, cynomolgus. Vier Fälle ergaben intensive Impfeffekte. Es enthalten also die Lymphdrüsen schon frühzeitig und reichlich Syphilisvirus. Impfungen mit dem Blut Syphilitischer wurden an sechs Versuchstieren gemacht. Es zeigte sich, daſs das Blut Syphilitischer im allgemeinen nicht sehr reichliche und vielleicht nur zu gewissen Zeiten erheblichere Mengen von Virus führt. Impfung mit Milch syphilitischer Wöchnerinnen war negativ. Impfung mit Sperma Luetischer war erfolgreich in je einem Falle von spezifischer Erkrankung des Hodens bei älterer Lues, andererseits von rezenter Syphilis ohne Hodenaffektion.

Ferner wurden mehrfache Impfungen von Affen in verschiedenen Intervallen angestellt, um Aufschlüsse über das Einsetzen und die Dauer der Immunität gegen eine neue Infektion zu erhalten. Bei der einen Gruppe wurde die zweite Impfung während der Inkubation, also vor Eintritt des Impfeffektes vorgenommen. Bei der zweiten Gruppe wurde die Reinfektion erst ausgeführt, nachdem der Erfolg der ersten Impfung schon deutlich zutage getreten war. Die Impfungen zeigten, daſs auch längere Zeit nach der ersten Impfung vor Eintritt des Impfaffektes noch eine zweite Infektion möglich ist und daſs auch schon zur Zeit des Ausbruches der Folgeerscheinungen der ersten Impfung und einige Zeit nachher noch eine neue Infektion zu erzielen ist. Zur Zeit des Auftretens des Primäraffektes hat das Tier gewöhnlich noch keine vollständige Immunität erlangt, doch ist eine Beeinflussung des Verlaufes der zweiten, späteren Impfung durch die erste häufig zu konstatieren. Es zeigt sich das Bestehen einer partiellen Immunität in solchen Fällen in der öfters geringeren Ausbildung und dem rascheren Ablauf des zweiten Impfeffektes und namentlich auch darin, daſs die Inkubationszeit der zweiten Infektion verkürzt erscheint, ähnlich wie bei Revaccination mit Pockenlymphe. In den Fällen, wo einige Zeit nach vollem Ablauf der Impfeffekte eine Reinfektion versucht wurde, konnte man einen deutlichen

Effekt der Reinfektion nicht nachweisen, nur einmal war das Ergebnis positiv. — Verfassers Erfahrungen ergeben die Tatsache, daſs Syphilitiker aller Stadien auf Syphilisvirus mit örtlichen spezifischen Erscheinungen reagieren, es besteht nur eine sehr beträchtliche, aber keine absolute Immunität Syphilitischer. Die Krankheitserscheinungen des tertiären Stadiums beruhen auf einer veränderten Reaktion des teilweise immunen Organismus gegenüber dem Syphiliserreger oder dessen Produkten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

August 1906.

Arsen und Sublimat bei Infektionskrankheiten, von Cremer-München-Gladbach. Arsen und Sublimat sind ganz hervorragende Pflanzengifte; sie vernichten jedes pflanzliche Leben durch ihre Ätzwirkung und schwächen oder töten in schwächsten Lösungen auch die kleinsten pflanzlichen Gebilde, die Mikroorganismen, welche ihrerseits die Infektionskrankheiten hervorrufen. Arsen und Sublimat müssen daher gute Heilmittel sein, wenn es gelingt, sie in solchen Gaben dem Körper zuzuführen, daſs sie, ohne diesem zu schaden, Mikroorganismen, wenn nicht vernichten, so doch einen ungünstigen Nährboden für sie schaffen. Verfasser verordnete daher bei einer Reihe von Hautkrankheiten Arsen und Sublimat mit sehr gutem Erfolge bei geeigneter Verdünnung, und zwar wandte er die beiden Mittel kombiniert an bei:

1. Syphilis (Hydrargyr. bichlor. corros. 0,1, Acidi arsenicosi 0,03—0,1, Solve in Aq. dest. 10,0, dreimal täglich fünf Tropfen nach dem Essen).
2. Psoriasis innerlich (wie oben) und äuſserlich (Sublimat 0,1, Acid. arsenic. 0,03, Hydrogenii peroxydati, Adipis lanae c. aqua, Vaselin. flavi ää 10,0).
3. Ekzem innerlich und äuſserlich (Sublimat 0,1, Acid. arsenic. 0,01—0,05, Adip. benzoati ad 50,0).
4. Impetigo contagiosa äuſserlich (Acid. arsenic. 0,02, Hydrargyr. praecip. alb. 2,0, Zinkoxyd 2,0, Terrae silic. 1,0, Adip. benzoat. 14,0).
5. Favus.
6. Trichophytie.
7. Akne innerlich und äuſserlich.
8. Verrucae seniles.
9. Flexomykosen.
10. Sykosis.

Überall waren die Resultate befriedigend, so daſs Verfasser die kombinierte Behandlung warm empfiehlt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Band VI, Nr. 4.

Dem Andenken Max Nitzes, von R. Wohlauer-Berlin.

Zur Blennorrhoe-Prophylaxe, von A. Schücking-Pyrmont. Bericht über zwei Männer, welche offenbar durch die in prophylaktischer Absicht vorgenommene Instillation einer konzentrierten (20%) Lösung von Protargol eine akute Urethritis simplex akquirierten.

Die Mindestkosten der Behandlung der arbeitsfähigen männlichen Geschlechtskranken in der Krankenversicherungs-Praxis, von L. Eisenstadt-Berlin. Mit vollem Recht vertritt E. hier den Standpunkt, daſs auch für die Krankenkassen die beste Behandlung bei diesen Kranken zugleich die billigste ist. Beim weichen

Schanker sollte man, um Leistendrüsenentzündung zu vermeiden, lieber sogleich den Patienten auf acht Tage wenigstens arbeitsunfähig melden. Welches Wundpulver zu wählen ist, kann auch durch den tabellarisch hier mitgeteilten Preis pro Gramm nicht bestimmt werden. Für die Blennorrhoe schlägt Verfasser als Novum vor, dafs eine Kommission von Ärzten einzusetzen sei, an die der Arzt über jeden behandelten Fall dieses Leidens nach der Entlassung des Patienten Bericht zu erstatten hätte, um weitere Erfahrungen und die nötigen statistischen Grundlagen zu schaffen. Ferner wünscht er, dafs das nötige Instrumentarium (Mikroskop, Sterilisator, Katetersterilisator, Katheter, Handdruckspritze usw.) eventuell von den Kassen angeschafft und dem Arzte leihweise überlassen werde, da der praktische Arzt nicht in der Lage sei, bei dem minimalen Kassenhonorar noch grofse Ausgaben für Instrumente zu machen.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. Manassein-St. Petersburg. Eigentümlich berührt fühlte sich M., als er im Wiener Krankenhaus die Einspritzungen bei männlichen Kranken von der Wärterin ausführen sah. Auch tadelt er, dafs dort die Einreibungen in den Krankenstuben vorgenommen werden. Hier wiederum deutet er seine Auffassung an, dafs auch mit den Prostituierten am besten mit Milde auszukommen sei. Trotz einer ganzen Stufenfolge von Strafen habe die die Aufsicht führende Nonnenschwester sich geäufsert, dafs es schwer sei, mit ihnen fertig zu werden. Er vermifste auch eine Arbeitsstube für die Prostituierten, wie Wolff Strafsburg eine eingerichtet hat, und in welcher, wie ganz präzis mitgeteilt wird, eine erhebliche Summe von Arbeit an Krankenhauswäsche u. dergl. geleistet wird. Auf der Abteilung von Mracek fand Verfasser eine Spritzvorrichtung für Frauen, so eingerichtet, dafs gleichzeitig sechs Kranke (wie bei Behrend-Berlin) die Ausspülung vornehmen können. Die Neumannsche Klinik enthält 139 Betten für Männer und Frauen. Es fiel hier auch der Mangel an geeignetem Untersuchungsraum und Operationszimmer auf. Auch sind die Pflegerinnen schlecht untergebracht.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski-Niederbreisig a. Rh. Interessiert weiter nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 7.

1. **Über Leukonychia totalis**, von S. Bettmann-Heidelberg. Bei einer 23jähr. Patientin, bei der sich im Laufe der letzten drei Jahre eine typische Vitiligo entwickelt hatte, fand B. an sämtlichen Fingernägeln die ganze hintere Hälfte porzellanweifs gefärbt; der vordere Abschnitt der Nägel, der sich von diesem hinteren, weifsen Teil scharf abgrenzte, war normal rosarot. Weitere Veränderungen waren an den Nägeln nicht nachzuweisen. Im Laufe eines Jahres dehnte sich die grellweifse Verfärbung ganz langsam auch über die vordere Hälfte der Nägel bis auf den vorderen freien Saum aus, dabei wurden die Nägel auffallend flach und erschienen zum Schlufs verdünnt und weniger konsistent. Es handelte sich also um einen der selten vorkommenden Fälle von Leukonychia totalis. Die Krankengeschichte bot aber noch weitere interessante Details. Die Patientin, die stets nervös gewesen war, menstruierte sehr unregelmäfsig und hatte immer starke prämenstruelle Beschwerden, namentlich oft heftige Urticariaschübe, die sich anscheinend auch vikariierend für die Menses einstellten. In den letzten Jahren, sicher aber erst nach Beginn der Vitiligo, hatten sich einzelne Büschel des im übrigen dunkelblonden Haupthaares strohgelb verfärbt. Im Jahre vor Beginn der Nagelerkrankung endlich waren mehrmals epileptiforme Konvulsionen und, nachdem schon seit Jahren eine mäfsige Neigung zu Frostbeulen

bestanden hatte, Anfälle von lokaler Synkope an den Fingern (Totenfinger) mit Andeutung von Asphyxie, also Zeichen der Raynaudschen Krankheit aufgetreten.

Nach Ansicht B.'s ist in diesem Falle ein Zusammenhang der Leukonychia mit der Raynaudschen Krankheit zweifellos; entscheidend für das Zustandekommen der Nagelveränderung war aber wohl eine bei der Kranken vorhandene, besondere Disposition, die sich in der ganzen Reihe der oben angegebenen Symptome äufserte.

2. **Zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome**, von C. Gutmann. G. beschreibt einen neuen Fall von multiplen kutanen Myomen, skizziert im Anschlufs daran das Krankheitsbild dieser seltenen Affektion und bespricht zum Schlufs die einzelnen bisher mitgeteilten Fälle, um etwaige Abweichungen vom eigentlichen Typus hervorzuheben. Im wesentlichen wird dabei Neues zu dem Thema nicht vorgebracht; erwähnt sei nur, dafs G. in seinem Falle von einer drei Monate lang fortgesetzten Behandlung eines kleinen Krankheitsherdes mit Röntgenstrahlen nicht die geringste Wirkung sah.

3. **Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum (Kaposi)**, von Otto Low-Wien. Beschreibung zweier Fälle von Xeroderma pigmentosum, die zwei Brüder betrafen. Der eine kam im Alter von 3½ Jahren mit ausgebildetem Xeroderma pigmentosum in Behandlung, bei dem anderen, jüngeren Bruder konnte die Entwicklung der Krankheit, vom ersten Stadium, dem Auftreten des Erythems an bis zum Beginn der Epithelwucherungen verfolgt werden. Die Eltern der beiden Knaben waren blutsverwandt (Geschwisterkinder), aber durchaus gesund, nur wies die Mutter eine auffallend starke, diffuse, braune Pigmentierung und zahlreiche Epheliden im Gesicht und an den oberen Extremitäten, sowie einzelne Vitiligoflecke an den Oberarmen auf.

Um die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Lichtes für die Entstehung der Hautveränderungen bei Xeroderma pigmentosum experimentell zu entscheiden, wurde bei dem älteren Knaben am Steifse eine etwa fünfzigpfennigstückgrofse Hautpartie im Laufe von nicht ganz drei Wochen dreimal mit Finsenlicht bestrahlt; die Haut erwies sich dabei als ungemein empfindlich gegen Lichtwirkung, doch trat blofs Pigmentierung und keine degenerative Veränderung auf. Auch der Ausfall dieses Versuches spricht dafür, dafs es sich beim Xeroderma pigmentosum um einen angeborenen Mangel an Widerstandskraft gegenüber der Strahlenwirkung handelt, und dafs die Sonnenstrahlen das auslösende Moment für die Hautveränderungen sind.

Die bei dem älteren Knaben als therapeutischer Versuch vorgenommene, viermalige Vereisung eines Krankheitsherdes mittels Äthylchloridsprays blieb vollständig wirkungslos.

4. **Santyl, ein reizloses, internes Antiblennorrhoicum**, von Leopold Lilienthal-Berlin. L. hat das Santyl dem Salicylester des Sandelöls, in 50 Fällen von akuter Blennorrhoe nehmen lassen und niemals Reizwirkung auf Magen oder Nieren oder sonstige unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. Dagegen konstatierte er gleich anderen Autoren, dafs unter der Santyldarreichung Schmerzen, Brennen und Harndrang fast immer sehr rasch nachliefsen, und dafs auch die schmerzhaften Erektionen in den meisten Fällen bald aufhörten. Bei Urethritis posterior sah L. mehrfach unter Santylgebrauch ohne Lokalbehandlung des hinteren Harnröhrenteils eine vollkommene Klärung der zweiten Urinportion eintreten. Nach all dem ist das Santyl ein sehr empfehlenswertes Balsamicum, das aber ebensowenig wie die anderen Balsamica für sich allein ohne Lokalbehandlung Tripper zu heilen vermag.

Da das Santyl fast ganz geschmackfrei und geruchlos ist, kann es gut in Tropfenform genommen werden; L. gibt dreimal täglich nach dem Essen 20 Tropfen in Wasser.

1906. Heft 8.

1. **Über Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis**, von Albert Dreyer-Köln. Blutungen aus den weiblichen Genitalien syphilitischen Ursprungs werden von deutschen Autoren nirgends erwähnt, dagegen fand Dr. in der ausländischen Literatur 13 Fälle beschrieben. In einem Falle handelte es sich um Blutungen aus den Genitalien eines neugeborenen, hereditär-syphilitischen Mädchens; bei der histologischen Untersuchung fand sich eine typische Endarteriitis obliterans an den Uteringefäßen. Ein anderer Fall betraf ein 20jähriges, hereditär-syphilitisches Mädchen mit einem großen gummösen Geschwür; bei den meisten der übrigen elf Frauen ließ sich wohl anamnestisch eine syphilitische Infektion feststellen, dagegen fehlten bei ihnen fast durchaus objektiv nachweisbare Zeichen von Lues. Während die Blutungen bei diesen elf Frauen der tertiären Periode angehörten, stellten sie sich in einem von Dr. beobachteten Falle im floriden sekundären Proruptionsstadium ein. Die Blutungen traten bei allen Kranken anfänglich in Form ungewöhnlich starker Menses und im weiteren Verlauf zumeist auch in den Zwischenräumen als heftige Metrorrhagien auf. In mehreren Fällen war der Uterus leicht vergrößert, daneben fand sich einige Male auch eine Vergrößerung der Ovarien. Die üblichen Behandlungsmethoden versagten ausnahmslos, dagegen hörten die Blutungen nach Behandlung mit Quecksilber in allen Fällen auf. Nur bei zwei Frauen erschien der Effekt der spezifischen Therapie ungewiß, da sie erst nach der Entfernung der Ovarien eingeleitet wurde. In dem einen dieser beiden Fälle stellten sich die Ovarien als harte, fibröse Gebilde dar, die syphilitischen Hoden ähnlich waren. — Dr. schließt aus der Summe dieser Beobachtungen, daß die Lues zu den wichtigsten Ursachen der Blutungen aus den weiblichen Genitalien gehört.

2. **Papilloma giganticum der Genitalien**, von N. E. Aronstam-Detroit (Michigan). Kurze Beschreibung der uns unter der Bezeichnung Condylomata lata geläufigen Neubildung. Bei der Besprechung der Therapie erklärt A. die interne Behandlung für beachtenswert; er selbst beobachtete einmal, daß „Papillome durch den Gebrauch von Magnesia sulfurica in kleinen Gaben allmählich verschwanden", andere wollen dieselbe Wirkung von Calcium hydratum gesehen haben. Einige Autoren empfehlen die Anwendung von Tinctura Cocci cacti (dreimal täglich 0,6), andere wieder lange fortgesetzten Gebrauch von Tinctura Thujae occidentalis (1,0—2,0), oder von Solutio Fowleri. Auch Kalipermanganat (in Dosen von 0,03) und chlorsaures Kalium wurde mit Erfolg gegeben. Amerikanische Dermatologen endlich rühmen die Wirkung von Echinacea angustifolia, die innerlich in steigender Menge genommen und auch äußerlich appliziert wird. In erster Linie jedoch empfiehlt A. die operative Entfernung der Tumoren, namentlich wenn sie bei Greisen auftreten; denn bei diesen ist die Gefahr der Umwandlung in maligne Neoplasmen keine geringe.

3. **„Isolierter" Pemphigus der Schleimhäute**, von Fritz Callomon-Bromberg. Beschreibung eines Falles von isoliertem Pemphigus der Schleimhäute. Während der fast fünfjährigen Beobachtungszeit wurden an allen sichtbaren Schleimhäuten Blaseneruptionen konstatiert; an der Schleimhaut des Mundes und Rachens wiederholten sie sich anfänglich wenigstens fast ununterbrochen, nicht so häufig waren sie an der Kehlkopfschleimhaut, an den Bindehäuten und an der Schleimhaut der Vagina. Wahrscheinlich war auch die Bronchialschleimhaut zeitweise Sitz der Blasenbildung; wenigstens deutete eine diffuse chronische Bronchitis darauf hin. In der Mundhöhle und an den Augen führte die Krankheit zu Schrumpfungsprozessen und Verwachsungen: an beiden Augen ist ein Symblepharon mit beginnendem Entropium und Trichiasis entstanden, in der Mundhöhle eine erhebliche Verkleinerung der Cava salivalia und des Isthmus faucium und eine Annäherung des Velum palatinum an die

Rachenwand; die Bewegungsfähigkeit der Zunge ist vermindert. Fieber bestand nie; die äufsere Haut war dauernd frei von Erscheinungen. In der letzten Zeit zeigten sich Remissionen, die Hoffnung auf ein langsames Erlöschen des Krankheitsprozesses erwecken können.

Der Fall gehört zu jener seltenen Art des Pemphigus vulgaris, die Rosenthal als Pemphigus „subacutus" von der gewöhnlichen chronischen Form abtrennt; ihre Prognose ist nicht ganz so ungünstig wie die des Schleimhautpemphigus im allgemeinen. Die gleichzeitige Erkrankung der Bindehäute und der Mundschleimhaut in dem beschriebenen Falle verdient als neuer Beleg für die Zugehörigkeit des Pemphigus conjunctivae zum Pemphigus vulgaris Beachtung.

4. Die Biologie der Vererbung und ihre Bedeutung für die Syphilisforschung, von F. B. Solger-Rostock. S. skizziert die neueren Entdeckungen auf dem Gebiete des Befruchtungsvorganges, um auf Grund derselben gleich Martius seinen Standpunkt in der Vererbungsfrage dahin zu formulieren, dafs es eine hereditäre Syphilis überhaupt nicht gibt. Wenn wirklich einmal ein mit syphilitischem Virus beladenes Spermatosom zur Befruchtung gelangt, so hat das mit dem Problem der Vererbung gar nichts zu tun; es handelt sich dann um einen vielleicht extrem seltenen Infektionsmodus, aber nicht um Vererbung. Vererbt werden kann nur die Anlage, der Grad der Empfänglichkeit, die Disposition für eine Krankheit, also auch für Syphilis, aber nicht der Syphiliserreger. Wohl kann bei einem Syphilitiker die allgemeine Intoxikation der Gewebe und Säfte die keimbereitenden Organe so weit schädigen, dafs dadurch Störungen in der Bildung der Keimzellen verursacht werden, die wieder zu Entwicklungsstörungen im Embryo führen; das ist dann zwar eine Folge der Syphilis, aber keine hereditäre Syphilis; die Kinder sind, wenn sie am Leben bleiben, nicht syphilitisch, sie weisen nur Degenerationserscheinungen auf. Viele Syphilidologen glauben, dafs die Frage bezüglich der hereditären Syphilis durch den Nachweis der paternen Infektion zu entscheiden ist. Das ist nicht richtig; denn auch wenn es eine paterne Infektion gibt, so sind die syphilitischen Kinder doch nicht hereditär syphilitisch. Es handelt sich da um Begriffsverwechslungen, die einmal beseitigt werden müssen; erst dann kann die Syphilisforschung an den eigentlichen Fragen der Vererbung mitarbeiten, sie ist dazu wie kein anderes Krankheitsstudium berufen.

5. Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida und andere Spirochätenarten, von Erich Hoffmann. H. hat an niederen Affen Syphilisimpfungen mit guten Erfolgen vorgenommen. Je reicher das Ausgangsmaterial an Spirochaeta pallida war, um so gröfser waren im allgemeinen auch die Impfeffekte. Am stärksten waren die Primäraffekte nach Impfung mit spirochätenreichem Sekret oder Gewebsstücken von Sklerosen und nässenden Papeln; die Inkubationszeit währte dabei nur 15—20 Tage. Recht deutlich waren ferner die Erfolge bei Impfung mit Drüsenstücken oder Drüsenpunktionssaft. Auch durch Impfung mit syphilitischem Blut, tertiär-syphilitischen Gewebsstücken und mit Spinalflüssigkeit eines syphilitischen Menschen hat H. positive Impfresultate erzielt, ebenso mit syphilitischen Affenorganen und wahrscheinlich auch einmal durch Impfung mit syphilitischem Affenblut; dagegen ergaben Impfungen mit Sperma syphilitischer Menschen bisher nur negative Resultate. Sichere Impferfolge bei Kaninchen, wie sie Bertarelli erzielte, hat H. bisher nicht zu verzeichnen; nur einmal konnte er neben einem grauen Infiltrat der Kaninchencornea Spirochaeta pallida nachweisen.

Für die Darstellung der Spirochäten im Ausstrich hat sich H. die Weidenreichsche Methode (vorausgehende Osmirung der Objektträger oder Deckgläser und dadurch bewirkte momentane Fixierung bei schnellem Ausstreichen) gut bewährt.

Mit Prowazek hat H. einige Versuche über den Einfluſs des Serums Syphilitischer auf die Spirochaeta pallida im hängenden Tropfen gemacht. Während Serum gesunder Menschen die Beweglichkeit der Pallida nicht beeinflufste, bewirkte in zwei Fällen das Serum von Syphilitikern (mit sechs bis acht Monate alter, unbehandelter Lues) eine nach kurzer Zeit bemerkbare Verringerung und eine nach etwa zwei Stunden eintretende Sistierung der Bewegungen der Spirochäten, wobei gleichzeitig eine gewisse Neigung zur Agglomeration hervorzutreten schien. Die Ergebnisse dieser aufserordentlich zeitraubenden und schwierigen Versuche bedürfen natürlich der Bestätigung.

An lebenden Balanitis- und Mundspirochäten haben Prowazek und H. deutlich eine undulierende Membran erkannt und die grofse Flexibilität des Spirochätenleibes festgestellt. Mit Hilfe der Löfflerschen Geifselfärbung gelang bei der Balanitisspirochäte, mitunter auch bei der Spirochaeta dentium und Vincenti, die Darstellung der von Schaudinn bei der Pallida gefundenen Endfäden.

6. **Zur Aspirationstherapie blennorrhoischer Urethritiden**, von Theodor Mayer-Berlin. M. hat bei subakuten Blennorrhöen, besonders solchen mit beginnenden oder schon ausgebildeten weichen Infiltraten mit Aspirationstherapie Versuche angestellt. Das dazu verwandte, von Haertel-Breslau hergestellte Instrumentarium besteht aus einem Satze 14½—17 cm langer, für urethroskopische Beleuchtung adoptierter Metallröhren, die teils als gerade offene Tuben, teils als kurze, nach Dittel gekrümmte Katheter gestaltet sind. Letztere tragen an verschiedenen Stellen einen mehrere Zentimeter langen Ausschnitt. An den Röhren wird am distalen Ende ein doppelläufiger Metallansatz angebracht, der auf der einen Seite mit einem Irrigator, auf der anderen mit einer kleinen Ventilsaugpumpe verbunden wird. Nach genauer endoskopischer Einstellung der erkrankten Partie beginnt die beliebig graduierbare Herstellung des Vakuums, während der Irrigator durch Quetschhahn abgeschlossen ist. Nach genügender Aspiration erfolgt eine Bespülung der hyperämisierten Schleimhaut, die Spülflüssigkeit fliefst in eine zwischen Saugkatheter und Pumpe befindliche Flasche. In den auf diese Weise erhaltenen Fäden und Sekretklümpchen konnten öfter Gonokokken nachgewiesen werden. *Götz-München.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Februar 1906.

Das Heft enthält aufser einem von B. Asakura verfafsten Nachruf Emil Burckhardts noch folgende Originalartikel:

I. **Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum**, von Ih. Tsutsui.

II. **Über die Urticaria pigmentosa**, von J. Toyama-Tokio.

III. **20 Fälle von Nierentuberkulose**, von S. Akutsu.

IV. **Über die Diagnose der Blasentuberkulose**, von S. Akutsu.

V. **Therapie der Erfrierung**, von T. Okno.

VI. **Thionol, ein neues geruchloses Ichthyolpräparat**, von S. Kimoyama-Tokio, beschrieben von K. Dohi-Tokio.

Es folgt ein Sammelreferat über interne Urethrome von W. Hirokawa und Sitzungsbericht der Französisch-urologischen Gesellschaft vom Oktober 1905 zu Paris (S. Akutsu) und der Dermato-urologischen Gesellschaft in Tokio vom 2. Dezember 1905. Den Schlufs bilden Referate über inländische und ausländische Literatur.

Bernhard Schulze-Kiel.

The British Journal of Dermatology.

August 1906.

Experimentelle Studie über einige Fälle von Urticaria, von W. Erasmus Panamore (Fortsetzung und Schluſs). A. E. Wright beschrieb im Jahre 1896 zwei Fälle von Urticaria, welche durch Darreichung von Chlorcalcium zur Heilung gebracht wurden, kam dann auf die Idee, daſs diese Art Hauterkrankung mit mangelhafter Gerinnbarkeit und vermindertem Gehalt des Blutes an Kalksalzen zusammenhänge und vollendete seine bezüglichen Studien über diesen Zusammenhang im Jahre 1905, wo er eine genaue wissenschaftliche Methode dieser Theorie und der Untersuchung des Blutes auf Kalksalze aufstellte. Panamore gibt einen kurzen Bericht über diese Methode und über die von W. und ihm selbst beobachteten (acht) Fälle, wovon bei zweien durch Darreichung von Ca-Salzen die Urticaria zu völliger Heilung kam. Vier dieser Fälle zeigten eine Verkürzung in der Zeit der Gerinnbarkeit des Blutes, aber nur einer derselben ausgesprochen verminderten Gehalt an Ca-Salzen, in drei Fällen schien die Zeit des Gerinnungsvorganges eine ziemlich kurze zu sein, der Gehalt an Ca-Salzen war aber hierbei nicht vermindert. Die Schluſsfolgerung aus diesen Betrachtungen geht dahin, daſs in vielen Fällen Urticaria eher auf Veränderung in der Blutzusammensetzung, als auf irgendeine erworbene Veränderung oder Degeneration der Haut-Gewebe oder -Gefäſse zurückzuführen ist. Es könnte daher die Urticaria in folgende drei Hauptgruppen, die allerdings zuweilen kombiniert sein oder ineinander übergehen können, eingeteilt werden: 1. Infolge Armut des Blutes an Kalksalzen, 2. Infolge von Veränderungen des Gehalts an Salzen im Blut und 3. Entzündungs- oder toxische Urticaria, durch lokale (Nesseln, Insekten usw.) oder allgemeine Ursachen. Als sekundäre Faktoren dürften erworbene oder angeborene Degeneration in der Haut, speziell deren Gefäſsen, oder nervöse Einflüsse eine Rolle spielen. Durch Darreichung von Ca-Salzen wäre es therapeutisch möglich, die Gerinnbarkeit des Blutes auf die Dauer zu erhöhen und gewisse Fälle von Urticaria zur Heilung zu bringen.

Ausgedehnter Ringworm mit Ulceration des Nabels, von James H. Sequeira-London. Ausgedehnter Ringworm an Rumpf und Extremitäten ist in manchen tropischen und subtropischen Gegenden nicht selten, jedoch in des Verfassers Heimat eine groſse Seltenheit, so daſs er die beiden, von ihm beobachteten Fälle einer eingehenden Beschreibung unterzieht. Sie betrafen zwei Geschwister im Alter von 14 (Knabe) und 21 (Mädchen) Jahren und datierten 8 resp. 15 Jahre zurück; bei dem Knaben war der ganze Rumpf befallen, bei dem Mädchen nur der Vorderarm; bei ersterem war aufserdem noch ein ulcerierendes Geschwür am Nabel vorhanden. In beiden Fällen bestand heftiges Jucken und zeigten besonders die Fingernägel ein eigentümliches, verdicktes, rauhes Aussehen und eine bräunliche Verfärbung in ihren distalen Teilen. Die Behandlung mit verschiedenen Salben, antiseptischen Waschungen (mit Borsäure und Lysol) und Jodbepinselung auf die Schuppeneruption brachte zwar vorübergehende Besserung, aber sehr bald stellte sich wieder Recidiv in beiden Fällen ein. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1906.

Zur Behandlung der Epitheliome mittels kaustischer Pottasche, von Arthur van Harlingen. Die ausgezeichneten Resultate, welche bei den meisten Formen von Hautepitheliomen mit X-Strahlen erzielt werden, hielten Verfasser nicht ab, auf ältere Behandlungsarten, die ein noch befriedigenderes und rascher zu

erzielendes Resultat gaben, zurückzugreifen. Von den Ätzmitteln hat ihm die kaustische Pottasche besonders guten Erfolg in einer Anzahl von 55 Fällen gegeben; dieses Mittel hat den Vorteil, die Hornschicht der Haut zu lösen, die erkrankten Gewebe bloßzulegen und unbedingt zu zerstören; der Schmerz ist dabei nicht sehr erheblich, und die Wirkung des Mittels kann jederzeit durch irgendeine neutralisierende Substanz wie Essigsäure aufgehoben werden. Das Durchschnittsalter der behandelten Personen war zwischen 56 und 57 Jahren, die meisten, oder fast alle Fälle betrafen Epitheliome des Gesichts, großenteils von ziemlich geringer Ausdehnung. Die durch kaustische Pottasche gesetzte Wunde braucht im Durchschnitt vier Wochen bis zur völligen Heilung. In einigen Fällen versagte jedoch diese Ätzbehandlung vollständig, ohne daß ein Grund hierfür ermittelt werden konnte. Im allgemeinen erklärt H. nur Epitheliome von ½—1—2 cm Durchmesser als geeignet für die Ätzbehandlung, während in ausgedehnteren Fällen X-Strahlen anzuwenden sind, wobei immerhin kaustische Pottasche als unterstützendes Mittel (zur Erweichung und Ablösung der Hornschicht) in Betracht käme. Umgekehrt schien aber in Fällen, die mit kaustischer Pottasche behandelt worden sind, die weitere Anwendung von X-Strahlen in keiner Weise die Wiederherstellung und den Vernarbungsprozeß zu begünstigen.

In der Diskussion (29. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 28.—30. Dez. 1905) erklärte B. Hartzell, er habe bei der Epitheliombehandlung gute Erfolge mit der kombinierten Anwendung von kaustischer Pottasche und Pyrogallol gehabt: ersteres wurde oberflächlich aufgetragen und, sobald Schmerz eintritt, ein 40—50%iges Pyrogallol-Pflaster aufgelegt. Ravogli hat früher ebenfalls mit gutem Erfolg kaustische Pottasche bei Epitheliomen angewandt, in letzter Zeit aber mit Formalin besonders glänzende Resultate bei oberflächlichen Hautepitheliomen gehabt. Stelwagon hebt als einen großen Vorteil der kaustischen Pottasche die große Raschheit ihrer Wirkung hervor und könnte etwa ein halbes Dutzend Fälle anführen, wo der Erfolg nach einmaliger Applikation eintrat.

Tabellarische Übersicht über die 55 Fälle v. Harlingens.

Die Länge des primären Inkubationsstadiums der Syphilis, von Abner Post-Boston. Nach einer Übersicht über die bezügliche Literatur und die jüngsten Ergebnisse der Syphilisimpfungen an Affen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß der harte Schanker stets eine Inkubationsperiode hat, welche aber in weiten Grenzen schwankt; sie ist niemals kürzer als 14 oder auch 18 Tage und wohl nie länger als 42 Tage. Nur in Ausnahmefällen könnte sie länger als 42 Tage währen.

Hyde erwähnt, er habe mehr als 200 Fälle gesammelt, wo Ärzte und Pflegerinnen zufällig Syphilis akquirierten, und die Zeit der Inkubation mit den von Post angegebenen Zahlen übereinstimmte.

Nach Ravoglis Erfahrungen an intelligenten Patienten schwankt die Inkubationsperiode bei Syphilis zwischen 21 und 27 Tagen.

Arsenik bei Pityriasis rubra pilaris (Devergie), von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Die drei Fälle, welche H. beobachtete und hier eingehend beschreibt, und welche drei weibliche Individuen im Alter von 19, 32 und 47 Jahren betrafen, zeigten übereinstimmend die für diese Hautaffektion charakteristische Eigenschaft, daß sie im Gegensatz zu den Lichenformen (planus, verrucosus und acuminatus) von Arsen, innerlich oder hypodermatisch gegeben, nicht beeinflußt wurden, durch hypodermatische Anwendung von Atoxyl aber und auch von Cacodylsäure, unterstützt von Teerwaschungen, Diät und inneren (Darm-) Antisepticis, zur Heilung kamen. Pityriasis rubra pilaris ist vom klinischen, ebenso wie vom therapeutischen Standpunkt aus völlig verschieden von Lichen ruber amminatus, sie ist der Hauptsache nach eine Folliculitis, und die hauptsächliche pathologische Veränderung ist eine intrafollikuläre

Keratosis. Literatur und Abbildungen über den histologischen Befund, der bei zweien der Fälle erhoben wurde.

Ein Fall von Lupus erythematosus in früher Kindheit, von JAY FRANK SCHAMBERG-Philadelphia. Der seltene Fall — in der Literatur sind nur wenige Fälle von Lupus erythematosus bei Kindern unter 10 Jahren verzeichnet — betraf ein Kind von 4¼ Jahren, das sonst einen sehr gesunden Eindruck machte, dessen Eltern gesund waren und dessen übrige Anamnese Lungentuberkulose nur bei entfernten Verwandten aufwies. Die erste Veränderung der Haut trat an der rechten Wange in Form eines Bläschens, welches einem Insektenstich ähnlich war, auf; dasselbe nahm an Gröfse allmählich zu und zwei bis drei Monate später erschien an der linken Wange eine zweite, ähnliche Affektion und wiederum nach zwei bis drei Monaten eine dritte. Der gröfste dieser Herde zeigte einen Durchmesser von ca. 2 cm, das Zentrum ist blasser als die umgebende, gesunde Haut und zeigt geringe Narbenatrophie; in der Nachbarschaft dieser Stelle sind verschiedene kleine, hirsekorngrofse Herde jüngerer Entwicklung. Die ganze Entwicklung des Leidens zeigte den vaskulären Typus der Hautaffektion. *Stern-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1906. Heft 7.

I. **Syphilitische Affektionen des Anus und des Rectum,** von CHARLES CHASSUIGNAC-New Orleans.

II. **Magensyphilis,** von RICHARD F. CHASE-Boston.

III. **Syphilis des Uvealtractus,** von E. OLIVER BELT-Washington.

IV. **Primäre Ohrsyphilis,** von W. SCHIER BRYANL-New York. Die Primäraffekte am Ohr sind selten; der Verfasser sah unter 40000 Ohrkranken nur einen. In der Literatur finden sich Angaben über 31 Fälle. Hiervon waren 2 Fälle an der Pharyngealmündung der Tuba Eustachii, 4 am Ohr, 11 am äufseren Ohr, 1 an der Muschel, 6 am Processus mastoideus, 2 am Ohrläppchen, 3 am Tarsus, 2 am äufseren Gehörgang. Ein ausführliches Literaturverzeichnis schliefst die Arbeit.

V. **Wirkung von Kleidung und Sonnenschein bei der Syphilisbehandlung,** von GEORGE P. CRUME-Minneapolis. In Anlehnung an den Artikel: Freiluftbehandlung bei Syphilis, von E. H. DOUTY *(Boston Medic. and Surg. Journ.)* betont der Verfasser, wie der Aufenthalt in frischer Luft und im Sonnenschein nicht nur bei Tuberkulose, sondern auch bei Lues günstig wirkt. Im Schlufswort verwirft CRUME die ununterbrochene Quecksilberbehandlung und empfiehlt die intermittierende mit nachfolgender kurzer Jodkur.

VI. **Rasseneigentümlichkeiten als Grund des Überwiegens der Syphilis bei Negern,** von DANIEL DAVID QUILLIAN-Athens. Bei dem Fehlen annähernd richtiger Statistiken beschränkt sich die Kenntnis von der Syphilis der Neger auf persönliche Erfahrungen und Beobachtungen. Der Verfasser fand 60—70% aller von ihm behandelten Neger an erblicher oder erworbener Syphilis erkrankt und nie eine Virgo-Negerin über 14 Jahre. Die erkrankten Neger lassen sich nur kurze Zeit, bis zum Schwinden der äufseren Veränderungen, behandeln. Allerdings sind auch die luetischen Affektionen bei den Negern nicht so schwere als wie bei den Weifsen. Als Ursachen für den hohen Prozentsatz der syphilitischen Neger nennt der Verfasser den starken, ungezügelten Geschlechtstrieb, die laxe Sittenanschauung, den Alkoholismus und das Zusammenleben auf beschränktem Raum. Zweifellos ist an der Verkleinerung der Geburtenzahl neben der stark verbreiteten Blennorrhoe die Syphilis Schuld, wofür die grofse Anzahl von Aborten spricht.

VII. **Syphilis und japanische Rasseneigentümlichkeiten und Gewohnheiten**, von ALBERT J. ASHMEAD-New York. Die lange Bekanntschaft des Volkes mit der Syphilis — seit 1100 v. Chr. bei den Chinesen, seit 700 n. Chr. allgemeiner bei den Japanern — hat den späteren Generationen eine besondere Immunität verliehen. Besonders die Ausschweifungen der Shinto- und Buddha-Priester, für welche heranwachsende Mädchen in besonderen Schulen erzogen wurden, haben die Verbreitung der Krankheit verursacht. Aufser dieser Immunität macht auch ihre Nahrung — Fische und Algen — wegen des Phosphor- und Jodgehaltes die Japaner widerstandsfähiger gegen die Syphilis, welche im allgemeinen nur sehr milde auftritt. — Die Benutzung der heifsen Bäder, in welchen das Wasser selten gewechselt wird, und in denen hunderte Syphiliskranke baden, befördert die Verbreitung der Krankheit ebenso wie die Teehäuser, die Restaurationswagen, die gemeinsamen Ammen, Barbiere und Friseure Hauptinfektionsquellen sind, von der ausgebreiteten Prostitution ganz zu schweigen. — Den japanischen Statistiken ist ein Wert auf Richtigkeit nicht beizulegen.

VIII. **Syphilis des Nervensystems**, von E. C. REYER-Indianapolis.

1906. Heft 8.

I. **Syphilis der Neger; ein Beitrag zur Rassenfrage**, von THOMAS W. MURRELL-Richmond. Erst seit 1865 mit der Aufhebung der Sklaverei verbreitete sich die Syphilis unter den Negern dank ihrer Unwissenheit und Unreinlichkeit in so starkem Mafse, dafs an Syphilis und Tuberkulose vielleicht die ganze Rasse zu Grunde gehen wird.

II. **Syphilis des Augenlids**, von EDWARD GILES-New York.

III. **Syphilis der Mundhöhle und des Pharynx**, von EDWARD B. GIBBONS-Baltimore.

IV. **Die Diagnose von Gelenksyphilis bei Kindern**, von ALBERT H. FREIBERG-Cincinnati. Bei Gelenkerkrankungen im Kindes- oder Jünglingsalter ist stets auf das Vorhandensein eventueller Begleiterscheinungen, wie interstitielle Keratitis u. a. zu achten. Bei der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Lues ist die Vornahme von Tuberkulininjektion nicht so wertvoll, als die Anwendung von Quecksilber und Jod.

V. **Hereditäre Syphilis des Anus und des Rectum**, von WALTER C. HOWE-Boston. Veränderungen am Anus gehören zu den frühesten Symptomen hereditärer Syphilis; sie treten bei der Geburt oder in den ersten drei Lebensmonaten auf und dürfen nicht mit artefizieller Dermatitis verwechselt werden. Ihre spezifische Frühbehandlung ist wichtig.

VI. **Syphilis des Nervensystems**, von CHARLES AD. HITCHCOCK-Detroit.

VII. **Syphilis und Langlebigkeit**, von LEONHARD WEBER-New York. Die Beeinträchtigung der Lebensdauer durch die Syphilis macht der Verfasser abhängig von der Beeinflussung der Quecksilberbehandlung auf die Verhütung tertiärer und parasyphilitischer Erscheinungen, von der Konstitution des Patienten, von seinem Verhalten gegen Alkohol, von dem Alter, in welchem er die Syphilis erwarb. Er führt die Statistik von ROMTAG-Helsingfors an, nach welcher von 734 Menschen nicht weniger als 84 = 11,4% infolge syphilitischer Erkrankungen 10—20 Jahre früher starben, als die angenommene Lebensgrenze betrug.

VIII. **Kongenitale (hereditäre) Syphilis**, von LOUIS FISCHER-New York. Regelung der Ernährungsweise ist das erste Prinzip der Behandlung; die Nahrung soll einen höheren Prozentsatz von Fett und Kohlehydraten enthalten, der Stuhlgang besonders gut kontrolliert werden. F. gibt den Kindern monatelang abwechselnd an

zwei Tagen dreimal 0,06 g Calomel und an den folgenden zwei Tagen dreimal 0,06—0,12 g Jodnatrium.

IX. **Syphilis des Auges**, von JOHN WELCH CROSKEY.

X. **Einige wichtige Grundsätze bei der erfolgreichen Syphilisbehandlung**, von C. F. WAHRER-Madison. Mit der Verordnung von Quecksilber und Jod ist dem Kranken noch nicht genützt. Oben an steht die sorgfältige Kontrolle seiner Lebensgewohnheiten, die dringende Verordnung peinlicher Mund- und Zahnpflege, das ernste Verbot des Alkohol-, Tabakgenusses und des Geschlechtsverkehrs. Auch auf eventuelles Zusammentreffen der Syphilis mit tuberkulöser Krankheitsanlage, mit Malaria, Rheumatismus, Anämie ist die Aufmerksamkeit des Arztes zu richten.

XI. **Gehirnsyphilis**, von S. D. HOPKINS-Denver.

XII. **Diagnose der Syphilis des Nervensystems**, von H. D'ARCY POWER-San Franzisko.

XIII. **Prophylaktische Tracheotomie wegen Glottisödem auf syphilitischer Grundlage**, von WILLIAM HERBERT IRVINE-Fredericton. Ein 22jähriger Mann leidet an Tonsillenschwellung, Salivation und Ohrenschmerzen. Hinzutretende Schwellungen der Parotiden, der cervikalen Drüsen und der Zunge machen die Diagnose auf Tuberkulose und Carcinom unwahrscheinlich. Es wird Quecksilber und Jod ohne irgendwelchen Einfluſs gegeben. Vier Tage nach der letzten Joddarreichung entsteht ein so starkes Ödem des Larynx und der Epiglottis, daſs wegen der Unmöglichkeit der Intubation die Tracheotomie gemacht werden muſs. Danach wird Quecksilber weiter verordnet, und es erfolgt Heilung. *Schwarp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band II, Heft 14.

1. **Cystalgien der Frauen**, von ROCHET-Lyon. Bei Frauen, insbesondere im Alter zwischen 30 und 50 Jahren, kommen nicht selten sehr schmerzhafte und hartnäckige Blasenstörungen verschiedener Natur vor, die nicht durch die gewöhnlichen Ursachen der Cystitis, Blennorrhoe, Tuberkulose usw. bedingt sind; R. faſst diese Störungen unter der Bezeichnung „Cystalgien der Frauen" zusammen. Die Erscheinungen bestehen wie bei der echten Cystitis in Pollakiurie bei Tag und Nacht und in brennenden Schmerzen in der Blase und Harnröhre während oder nach der Urinentleerung, die Schmerzen strahlen häufig nach dem After und dem Perineum aus. Der Urin ist in seltenen Fällen klar, zumeist aber trübe, der Niederschlag ist ebenso zusammengesetzt wie beim gewöhnlichen Blasenkatarrh, nur findet man niemals Blut. Druck auf den prävesikalen Teil der Harnröhre von der Vagina aus verursacht Schmerzen und starken Harndrang, die gleiche Wirkung, nur in geringerem Grade, hat Druck auf die Blase selbst von auſsen oder von der Scheide aus; ein in die Urethra eingeführter Katheter wird nur im Blasenhals schmerzhaft empfunden. Die Kapazität der Blase ist vermindert.

Die Ursachen der Cystalgien sind verschiedener Art. Zumeist sind es Frauen, die vor vielen Jahren blennorrhoisch oder im Puerperium infiziert worden sind oder eine Erkrankung der inneren Genitalien durchgemacht haben; durch die Infektion oder Erkrankung wurde die Blase geschädigt, und viele Jahre später entwickelt sich dann auf dem in dieser Weise vorbereiteten Terrain die Cystalgie. Auch nach Influenza und bei gichtkranken Frauen kommen Cystalgien vor. Manchmal aber fehlen all diese ätiologischen Momente, es handelt sich dann um reine Neuralgien der Blase; der Harn ist in solchen Fällen vollständig klar und unverändert. Häufig stehen bei derartigen Kranken perineale neuralgische Störungen, Pruritus an den äuſseren Geni-

talien, Vaginismus, schmerzhafte Spasmen der Urethra und Fissuren am Anus im Vordergrund der Erscheinungen. Die Prognose solcher Fälle ist eine recht ernste, aber auch im übrigen sind die Aussichten keine besonders günstigen, da dauernde Heilung durchaus nicht immer und meist nur schwer zu erzielen ist; nur die rein nervösen Fälle leichter Art und die Fälle infolge von Gicht und Influenza verschwinden manchmal recht rasch. Die Behandlung ist je nach den Ursachen verschieden. Ist eine Infektion mit im Spiele, so sind Spülungen der Harnröhre und Blase in Verbindung mit Gebrauch von Salol, Santal, Urotropin usw. am Platze. Die durch Gicht bedingten Fälle erheischen in erster Linie eine Behandlung der Diathese, und daneben Ätzungen des Blasenhalses mit Höllensteinlösung (1 : 100—50). Bei Cystalgien nach Influenza wirkt der Gebrauch von Chinin in kleinen Dosen (je 0,2 g am Morgen und am Abend) in Verbindung mit Spülungen am besten. Bei Erkrankungen der Genitalien müssen diese zuerst zur Heilung gebracht werden; dauert die Cystalgie dann noch fort, so sind Spülungen oder Kauterisationen angezeigt. In den Fällen auf rein nervöser Basis endlich muſs eine allgemein roborierende Behandlung des Nervensystems eingeleitet werden. Als schmerzstillende Mittel für alle Arten sind der Gebrauch von Suppositorien oder Globuli vaginales mit Belladonna oder Morphium und warme rektale und vaginale Spülungen zu empfehlen; besonders zweimal täglich wiederholte vaginale Spülungen, bei denen man zwei bis drei Liter 40—45° warmen Wassers möglichst langsam durchlaufen läſst, wirken ausgezeichnet.

Wird auf solche Weise keine Heilung oder doch weitgehende Besserung erzielt, dann muſs die Urethra in Narkose möglichst stark dilatiert werden. In schweren Fällen verbindet man mit der Dilatation die Durchschneidung des Blasensphinkters von der Harnröhre aus; die dadurch entstehende Inkontinenz verschwindet nach nicht allzu langer Zeit, da der Sphinkter wieder zusammenwächst. Rezidive sind bei dieser Methode nicht selten; um sie zu vermeiden, schlägt R. statt einer Durchschneidung des Sphinkters eine partielle Exzision vor. Er empfiehlt, die Vaginalschleimhaut fingerbreit hinter der Harnröhrenmündung in einer Ausdehnung von 2 cm quer zu inzidieren, sie dann nach hinten zu stumpf von der Urethra loszulösen, bis der Sphinkter freiliegt, und nun von diesem ein beliebig groſses Stück zu exzidieren. In der ersten Zeit nach der Operation entleert sich der Harn durch die Scheide, doch schlieſst sich die vaginale Wunde ziemlich rasch; dagegen bleiben die Kranken inkontinent. R. zieht das Verfahren, das er bisher allerdings nur einmal mit gutem Erfolg angewandt hat, der von anderer Seite empfohlenen vaginalen Cystotomie mit Bildung einer temporären Blasenscheidenfistel vor. In Fällen, in denen perineale Neuralgien und Fissuren am Anus vorhanden sind, müssen die Eingriffe an der Urethra und Blase mit der forcierten Dilatation des Anus oder mit der Resektion der perinealen Äste der Nervi pudendi verbunden werden.

2. **Die Spermatorrhoe und ihre Therapie: psychische Erziehung und somatische Behandlung**, von Paul Emile Lévy-Paris. L. betrachtet die Spermatorrhoe als eine rein nervöse oder eigentlich psychische Affektion, deren Wesen in einer immer gröſser werdenden Summe von Pollutionen besteht. Träume spielen nach L. stets eine Rolle beim Auftreten der Pollutionen, doch gelangen sie in den späteren Stadien der Krankheit, in denen die Samenergüsse auch bei Tag und namentlich bei Stuhl- und Harnentleerungen erfolgen, nicht mehr zum Bewuſstsein. Die Behandlung muſs in erster Linie eine psychische sein. Daneben müssen allerdings auch hygienisch-diätetische Vorschriften gegeben und das ganze Nervensystem durch entsprechende somatische Behandlung gekräftigt werden. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

August 1906.

Mit dem Tode Barthélemys hat leider die von ihm ins Leben gerufene Zeitschrift *La Syphilis* ihr Erscheinen eingestellt. An deren Stelle hat es E. Gaucher, in dankenswerter Weise unterstützt von einer grofsen Zahl bekannter Forscher Frankreichs und des Auslandes als Mitarbeitern, unternommen, eine neue Zeitschrift auf dem Gebiete unserer Speziallehre ins Leben zu rufen unter dem Namen *Annales des Maladies vénériennes*. Ihr Zweck ist, die wichtigsten Arbeiten aus dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten in Originalartikeln oder Referaten zu bringen und so einen noch erweiterten Ersatz der früheren *La Syphilis* zu bieten, wobei unter Umständen auch die Hautkrankheiten in beschränktem Mafse Berücksichtigung finden sollen. Wir begrüfsen das neue Unternehmen unseres geschätzten französischen Kollegen mit aufrichtiger Freude und wünschen der neuen Zeitschrift ein ersprieſsliches Gedeihen.

Die erste Nummer enthält folgende Originalartikel:

I. **Über eitrige Osteitiden und Osteo-Arthritiden der hereditären Syphilis tertiaria**, von Gaucher. Die Osteoperiostitis der tertiären Syphilis hereditaria ist nicht immer hypertrophisch, sondern zuweilen auch eitrig, besonders bei den langen Knochen (Tibia). Die Affektion beginnt mit lokalisierten, nächtlichen, lanzierenden Schmerzen und Schwellung des Knochens. Es tritt Rötung der Haut und Erweichung des anfangs harten Tumors ein, dann folgt Fluktuation, Eiterdurchbruch und Knochennekrose, Sequesterbildung. Bei geeigneter Behandlung tritt bald Besserung ein.

Zwei eigene Beobachtungen Gaucher's zeigen die lange Dauer solcher eitrigen Osteitiden bei hereditärer tertiärer Syphilis, wenn ihre Natur nicht erkannt wird und nicht die richtige Behandlung erfolgt, während andererseits antiluetische Therapie schnell Heilung bewirkt. Es gibt auch Fälle, wo gleich nach der Eröffnung des subperiostalen Abscesses Vernarbung eintritt und die Läsion zeitweilig als geheilt erscheint, aber bei Gelegenheit flammt die nur latente Eiterung wieder auf. Ferner gibt es Fälle, bei denen diese Osteoperiostitiden, wenn sie sehr beschränkt und oberflächlich sind, von selbst dauernd heilen nach der Eröffnung, ohne dafs spezifische Behandlung erfolgte. Jedenfalls beruhen viele Knochenerkrankungen, die als einfache Osteomyelitis diagnostiziert werden, auf tertiärer Syphilis, auch Verwechslung mit Tuberkulose kommt häufig vor, z. B. ist die Spina ventosa und das Mal de Pott sehr ähnlich in seinen klinischen Erscheinungen, wie eingehend geschilderte Fälle beweisen. Eine weitere Lokalisation der hereditärluetischen Knochenentzündung, welche sehr an eine Arthropathie erinnert, ist die Osteitis der Epiphysen, welche die weifsen Tumoren zeigt und gar nicht so selten ist. Auch diese wird an verschiedenen Fällen geschildert.

II. **Über pathologische Histologie der hereditären Syphilis in bezug auf die Spirochaeta pallida**, von E. Levaditi. Zur Färbung der Spirochäten im Gewebe sind Methoden angegeben von Herxheimer, Bertarelli, Ramon y Cajal. Des letzteren Methode hat Levaditi etwas verbessert und konnte so die pathologische Histologie der hereditären Syphilis in bezug auf die Spirochäten ohne Schwierigkeit erforschen. Ebenso untersuchte Levaditi die Erscheinungen bei primärer und sekundärer Syphilis an Mensch und Affe. In vorliegender Arbeit setzt L. seine Methode auseinander: Die Untersuchungsgegenstände von etwa 1 mm Dicke werden in 10%igem Formol 24 Stunden lang fixiert, dann 24 Stunden nach vorheriger Waschung in 96%igem Alkohol gehärtet und darauf wieder einige Minuten in destilliertem Wasser abgespült. Die Färbung geschieht mit einer Höllensteinlösung 1,5%:30 bei 38° etwa drei bis fünf Tage lang. Nach kurzer Abspülung und ein- bis zweitägigem Aufenthalt bei Zimmertemperatur wird folgende Lösung angewandt: Acid. pyrogall.

2—4%, Formol 5, Aq. dest. 100; dann Abspülung, Entwässerung in Alkohol, Betten in Xylol oder Paraffin und Anfertigung von Schnitten von höchstens 5 μ. Diese Schnitte werden dann gefärbt nach Giemsa oder mit konzentrierter Lösung von Toluidinblau mit einigen Tropfen Alkohol und Glycerinäther, in Bergamottöl erhellt und nun in Kanadabalsam gebettet. Bei dieser Methode erscheinen die Spirochäten ziemlich schwarz, die Zellkerne blau, das Gewebe grün.

An sechs Fällen zeigt Verfasser die verschiedenen Stadien in der Entwicklung der kongenitalen Syphilis vom macerierten Foetus und Totgeborenen bis zu der Lues hereditaria tarda. Die histologischen Untersuchungen betrafen Leber, Lunge, Nebennieren, Milz, Nieren, Haut und Pemphigusblasen. Überall zeigte sich der Einfluſs der Spirochäten auf die Entstehung der Symptome an Eingeweiden und Haut der hereditären Syphilis, besonders viele Spirochäten zeigten Leber, Lunge, Nebenniere und Haut. Zuerst erscheinen jedenfalls die Spirochäten beim Fötus in der Leber auf dem Wege des Kontaktes mit dem Blute der syphilitischen Mutter, wo ja auch stets die meisten Spirochäten zu finden sind. Dann gelangen sie durch die Blutbahn in Milz oder Lunge, sie scheinen meist schnell das Gefäſslumen zu verlassen, um in die Gefäſswände einzudringen; so gelangen sie ins Bindegewebe, mit Vorliebe besetzen die Spirochäten das Drüsenepithel, sie dringen in das relativ unverletzte Protoplasma gewisser epithelialer Zellen, z. B. Leberzellen, Nieren und Nebennieren und wahrscheinlich auch in die Schweiſszellen, sie beschränken sich also nicht auf das Gefäſssystem, sondern befallen auch die Epithelzellen der einzelnen Organe. Die Entstehung der syphilitischen Erscheinungen wird sehr klar, wenn man die Beziehungen betrachtet, welche zwischen den Läsionen und den Spirochäten bestehen, denn die Spirochäten sind nach L.s Beobachtungen fraglos die Erreger der Lues. Was die Maceration des Fötus betrifft, so handelt es sich dabei um einen autolytischen Akt, welcher sich gegen das abgestorbene Gewebe vollzieht und beim intrauterin abgestorbenen Fötus hervorgerufen wird durch eine starke Infektion mit Spirochäten. Der letzte Punkt der Betrachtung betrifft die Art, wie sich der fötale Organismus gegen die tödliche Wirkung der Spirochäten zu verteidigen sucht. Dieses ist das Werk der Phagocyten.

III. **Einige Betrachtungen über syphilitische Erscheinungen an den langen Knochen Neugeborener**, von Léon Vallois-Montpellier. Verfasser geht von einer Arbeit Parrots aus und kommt bei seinen Untersuchungen zu etwas abweichenden Resultaten. Er stellt fest 1. eine mangelnde Einförmigkeit in der Richtung der Fasern des subperiostalen Knochenmarks; 2. einen granulösen Zustand der Zellen des Epiphysenknorpels; 3. Verschiedenheiten in der Höhe des chondroiden Knorpels, welcher an einigen Stellen ganz fehlen kann; 4. das Fehlen der kreidigen Teile im Bereich der Kalkschicht; die Läsionen dieser Schicht verschmelzen mit denen des spongiösen Gewebes; 5. das fast ständige Fehlen der puriformen Materie im Bereich des spongiösen Gewebes. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1906. Bd. VI, Nr. 9.

Entwurf zu einem Gesetz betreffend die zu ergreifenden Maſsregeln bei ungen Minorennen, welche sich gewohnheitsmäſsig der Prostitution ergeben, a der von dem Redaktionskomitee der extraparlamentarischen Kommission r Sittenkontrolle angenommenen Fassung, von L. Butte-Paris. Es ist hier er ganze Wortlaut des Gesetzentwurfs mitgeteilt, ohne weitere Besprechung oder egründung. In dem Entwurf ist vorgesehen, daſs jede jugendliche Person unter

18 Jahren, die sich der Prostitution ergibt, vor das Zivilgericht gebracht werden kann und durch Urteil desselben entweder den Eltern zurückgegeben oder in eine öffentliche oder private Erziehungsanstalt überwiesen werden kann. Die verschiedenen Artikel enthalten detaillierte Bestimmungen, wie diese Anstalten zu leiten sind. Das ganze entspricht einigermaßen der Fürsorgeerziehung in Deutschland.

Hygiene der Haut und des Haupthaares, von JACQUET-Paris. Entgegen der modernen Richtung, welche die Kahlköpfigkeit auf die Einwirkung von Parasiten zurückführt, erklärt J. mit großer Bestimmtheit diese Erscheinung als den Effekt von Störungen und Überreizungen des Nervensystems. In Algerien hat J. bei den Eingeborenen keine Glatzen gesehen, und als er einen Sekretär des Gerichtshofes, den er dort kennen lernte, danach fragte, erhielt er die Antwort: „Nur bei den Gelehrten". J. selbst hatte, wie er mitteilt, bis zum 22. Lebensjahre einen reichlichen Haarwuchs. Er ist jetzt verschwunden. Anatomisch hat Verfasser mehrere Male bei noch jungen Kahlköpfigen eine degenerative Neuritis an den Hautnerven der Kopfhaut nachgewiesen und umgekehrt gelegentlich bei einer 78jährigen Frau mit gut erhaltenem Haarwuchs vollständig intakte Nervenendigungen. Es ist daraus zu entnehmen, daß der Haarausfall bedingt ist durch nervöse Überreizung, durch fortgesetzte abnorme Steigerung der Funktion der haarbildenden Organe. Demgemäß besteht die Behandlung in allgemein hygienischen Maßregeln. J. übt und empfiehlt eine tägliche Abreibung des ganzen Körpers mit einem nassen Schwamm und darauf folgende Frottierung mit einem Haarhandschuh mit Eau de Cologne oder dergl. ziemlich derbe und lange auszuführen. Für die Kopfhaut ist ein häufiges, wenn auch nicht tägliches Waschen mit Wasser und milder Seife zu empfehlen. Damenhüte konfisziert J., wenn sie mehr als 150 g wiegen. Die Frauen können den Kopf wenigstens jeden Monat mit einer Abkochung von Panamaholz waschen (100 g pro Liter) oder mit einem Zusatz (5 g) von Panamide. Auch Kalkwasser mit Eigelb (2—3 auf ½ Liter) mit nachfolgender Reinigung ist wohltätig. Bei trockener Kopfhaut reibe man dieselbe mit Ol. amygdalar. oder ricini mittels eines watteumwickelten Stäbchens ein. Sehr wichtig ist auch die Rücksicht auf den Darmkanal. Man zerkaue jeden Bissen langsam und vermeide alle Gewürze. Essig hat (bei J. wenigstens) die Wirkung, daß das Verschlucken einiger Tropfen genügt, um sofort auf der Kopfhaut einen feinen Schweiß hervorperlen zu lassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Journal de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 6.

Über ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, von JULLIEN. Es ist oft recht schwer, den Charakter oberflächlicher Erosionen zu erkennen, zumal wenn sie auf nässenden Hautstellen, oder auf der Schleimhaut sitzen. Für alle diese Fälle hat sich nach J. eine wässerige Chromsäurelösung von 1:50 sehr gut bewährt. Die fragliche Hautstelle wird mit einem Wattebäuschchen betupft, das in diese Lösung getaucht ist, und sofort hebt sie sich durch ihre hellgelbe Färbung in aller Deutlichkeit von der umgebenden Haut ab. Denn jede ihres Epithels beraubte Haut oder Schleimhaut hält diese Lösung fest, so daß man im Mund, an den männlichen und weiblichen Genitalien, am After usw. die Form und Zahl der einzelnen Erosionen mit Leichtigkeit feststellen kann. Es liegt auf der Hand, und J. führt es an einzelnen Fällen aus, daß dadurch die Diagnose oft erst gesichert wird. Dazu kommt noch, daß das Chrom in dieser schwachen Lösung keinerlei Schmerzen verursacht und den Charakter der Erosionen nicht weiter verändert. Sollen diese aber mit Höllenstein behandelt werden, so bildet sich aus den beiden Stoffen chromsaures Silber, das eine noch stärker ätzende Wirkung als Argentum nitricum ausübt.

Vereiterung der Leistendrüsen beiderseits und Ödem der Geschlechtsteile, von G. Boyreau. Nach chirurgischer Behandlung und Exstirpation von Bubonen hat man häufig das Auftreten von Lymphstasen und Ödemen der Genitalien beobachtet. Es herrscht aber noch immer ein Streit darüber, ob das Ödem eine Folge der ursprünglichen Lymphdrüsenentzündung oder des chirurgischen Eingriffes ist. Der Beitrag von B. scheint nun geeignet, diese Frage zu entscheiden. Während nämlich bei einigen hundert auf der Toulouser Klinik chirurgisch behandelten Bubonen nur ein einziges Mal Ödem der Genitalien beobachtet wurde, entwickelte sich in einem Fall spontaner, nicht infektiöser Vereiterung der beiderseitigen Leistendrüsen bei einem jungen Mann ein starkes Ödem des Penis und des Scrotums, und dieses Ödem wich erst, nachdem man die Abszesse eröffnet und die entzündeten Drüsen entfernt hatte. Es ist also, meint B., nicht die Operation, sondern die Entzündung, welche die Lymphostase zur Folge hat.

Psoriasis papillomatosa, von Combéléran. Zu den atypischen Formen der Psoriasis gehört auch die Psoriasis verrucosa; man unterscheidet bei ihr drei Unterarten; von diesen Unterarten läfst Combéléran nur diejenige gelten, bei der es zur Bildung von verlängerten, festen, glatten Papeln kommt. Einen solchen Fall, der auf der Toulouser Klinik beobachtet wurde, beschreibt er; die Papillome safsen auf dem Kopf, besonders in der Gegend des Vertex, während am übrigen Körper sich Psoriasisherde fanden.

Die Lichtbehandlung des Lupus in der Klinik des Hôpital Saint-Louis, von A. Chatin. Die Arbeit bringt einen Bericht über die Finsenbehandlung des Lupus im Hôpital Saint-Louis, über die Art ihrer Anwendung, über ihre Erfolge, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen. Trotz aller tönenden Worte erscheint da die Phototherapie doch nur als gleichberechtigte Methode neben dem längst bewährten, chemischen und chirurgischen Verfahren. Der Finsen wird niemals dahin kommen — diesen Eindruck hinterläfst, gewollt oder ungewollt, die Arbeit von Chatin — die Lupustherapie allein zu beherrschen; beim Lupus erythematosus cutaneus z. B. hat er sich fast ganz machtlos erwiesen, und die 95 % Heilungen, die Finsen selber mit seiner Methode erzielte, hat kein späterer Operateur eingeholt; alle haben höchstens 30 % ganze Erfolge erzielt. Die Gründe, die Ch. für diesen Ausfall anführt — Anwendung stärkeren Lichts auf Seite Finsens und weitestgehende Sorgfalt — scheinen doch nicht ganz einleuchtend. Immerhin verdient das Verfahren — so schliefst Ch. — einen bleibenden Platz in der Bekämpfung des Lupus. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1906. Heft 6.

1. **Bemerkungen über Pathologie und Behandlung der Psoriasis**, von Leredde. Seit man die aus einem kleinen Abscefs mit polynukleären Zellen bestehende elementare Läsion der Psoriasis kennt und weifs, wie aufserordentlich häufig Blutveränderungen bei Psoriatikern sind, kann man nach Ansicht Ls. nicht umhin, die Affektion mit der Duhringschen Dermatitis zu vergleichen, die L. bekanntlich für eine hämatogene Hautkrankheit hält. Vielleicht sind auch bei der Psoriasis die Blutveränderungen das Primäre und bewirken erst sekundär die Hauterscheinungen.

In gewissen Fällen von Psoriasis hat L. eine lokale Temperaturerhöhung an den Krankheitsherden beobachtet, während er früher schon zuweilen allgemeine Temperatursteigerungen konstatiert hat.

In Fällen, in denen die Psoriasis in Form einzelner Schübe verläuft, dürfen stark reduzierende Mittel nicht angewandt werden. In solchen Fällen versagt auch

die Radiotherapie, zum mindesten in der sonst bei Psoriasis üblichen Dosis (vier Einheiten nach Holzknecht für jeden Herd). Die schubweise auftretenden Eruptionen dürfen nur antiphlogistisch behandelt werden, vielleicht werden sie auch durch rein vegetabilische Ernährung oder eine aus Vegetabilien und Milch bestehende Kost günstig beeinflufst.

2. **Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermato-Pathologie**, von A. Blaschko-Berlin. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Studie über die Verallgemeinerung der Tuberkulinanwendung**, von M'Call-Anderson-Glasgow. Aus dem Englischen (*Brit. Journ. of Dermatol.*, September 1905) übersetzt von René Martial. Ein Referat über die Arbeit findet sich Band 41, Seite 568 der *Monatshefte*. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 12.

1. **Die Prostatitis bei Harnröhrenverengerungen**, von Le Fûr-Paris. Die Mehrzahl der Prostatitiden ist nach den Erfahrungen des Verfassers durch Strikturen der Urethra bedingt; meist handelt es sich dabei um blennorrhoische, seltener um narbige Strikturen des vorderen Harnröhrenteils, manchmal um angeborene Verengerungen an irgendeinem Punkte der Urethra und zuweilen um entzündliche Strikturen der Pars posterior. Die Striktur an sich führt zur Retention von Sekreten in der Prostata und zur Dilatation ihrer Ausführungsgänge; die so veränderte Prostata bleibt aseptisch, wenn die verengte Harnröhre aseptisch ist, sie wird infiziert, wenn die Harnröhre infiziert ist. Es kommen also bei Kranken mit Urethralstrikturen aseptische und infizierte Prostatitiden vor. Aseptische Entzündungen, die sich durch Kongestionszustände und durch Bildung einer abnorm grofsen Menge aseptischen Sekretes äufsern, findet man bei angeborenen aseptischen Strikturen und bei Spasmen der Urethra, aufserdem werden nicht selten aus infektiösen Prostatitiden im Laufe der Zeit aseptische. Aus den primär aseptischen Entzündungen entwickelt sich die diffuse glanduläre Hypertrophie und das Adenom der Prostata. Die infektiösen Fälle verlaufen zuweilen unter dem Bilde einer akuten, meist aber als chronische, infektiöse Prostatitis; die akuten Formen sind durch rein blennorrhoische, die chronischen meist durch sekundäre Infektion mit Diplo-, Staphylo-, Streptokokken usw. bedingt. Die akuten Entzündungen haben manchmal Abscefsbildung zur Folge; die chronischen, die gewöhnlich mit Sklerose der Prostata verbunden sind, geben nicht selten zu entzündlichen Affektionen der Samenblasen, Hoden und Nebenhoden, der Harnblase und der Nieren Veranlassung, aufserdem aber treten in ihrem Verlauf spontan und nach Einführung von Instrumenten Zeichen von Allgemeininfektion auf, die nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, in der Blase, sondern in der erkrankten Vorsteherdrüse ihren Ursprung hat. — Verlauf und Entwicklung der Prostatitiden bei Harnröhrenstrikturen sind je nach dem Alter der Patienten verschieden. Bei Kranken im Alter bis zu 50 Jahren traten ziemlich rasch die Erscheinungen des ausgebildeten Prostatismus auf, bei älteren Leuten ist die Prognose günstiger. Die Behandlung besteht in sorgfältiger Desinfektion der Urethra und Prostata, sofern eine Infektion vorliegt, in erster Linie aber in Beseitigung der Striktur durch Dilatation oder Elektrolyse; bei der Einführung von Instrumenten ist aber jederzeit zu bedenken, dafs die Gefahr eines „falschen Weges" in diesen Fällen stets eine grofse ist. Versagt die konservative Behandlung, dann kommt die Urethrotomie und in letzter Linie die Prostatektomie in Frage.

2. Dauerresultate der Prostatektomie bei Prostatahypertrophie, von Victor Pauchet-Amiens. Ausführlicher Bericht über die Resultate von 55 Prostatektomien, von denen zwei nach der Methode Freyers, die übrigen 53 auf perinealem Wege ausgeführt worden sind; vier von diesen 53 Fällen kamen ad exitum. Die Summe seiner Erfahrungen faßt P. in folgendem Schlusse zusammen: Wenn man von den Prostatikern mit kleiner Vorsteherdrüse, großer, atonischer oder kleiner, reizbarer Blase, sowie von den chronischen Fällen mit periprostatischer Sklerose absieht, sind die Resultate der Prostatektomie ausgezeichnet. Die Operation soll für die glandulären Formen und womöglich für die großen, blutreichen Prostaten vorbehalten bleiben; sie bietet in solchen Fällen die Gewähr für vollständige und leichte Harnentleerungen und die Wiederkehr eines kräftigen Harnstrahles und gibt der Blase ihre Kontraktilität zurück. Der Allgemeinzustand wird ein sehr guter, die Kranken nehmen ihr gewohntes Leben wieder auf, ohne je den Katheter wieder zu benötigen. Den Wert der perinealen und der suprapubischen Methode gegeneinander abzuschätzen, ist zurzeit noch schwierig; jede Methode hat ihre Indikationen, außerdem kommt bei der Wahl Erfahrung und Gewohnheit des einzelnen Chirurgen mit in Frage.

3. Operation eines elephantiastischen Skrotums, von Logerais-Majunga (Madagaskar). L. beschreibt an der Hand von Abbildungen die operative Entfernung eines elephantiastischen Tumors des Skrotums von ungefähr 5 Kilo Gewicht; das Resultat war ein vorzügliches, der Penis erhielt wieder annähernd normale Gestalt, die Hoden blieben erhalten.

4. Entfernung von Sondenfragmenten aus der Blase. Anwendung des Luysschen Cystoskops mit direkter Belichtung, von Georges Luys. L. hält sein neues Cystoskop, das eine direkte Belichtung und Besichtigung des Blaseninnern gestattet, für besonders geeignet zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase. Zum Beweise dafür schildert er die mit Hilfe seines Instruments vorgenommene Extraktion des abgerissenen inneren Endes eines Pezzerschen Verweilkatheters aus der Harnblase einer Frau. Da das Katheterfragment, das die Form eines kleinen Napfes angenommen hatte, durch den Tubus nicht hindurchgezogen werden konnte, brachte L. es mit einer Pinzette dicht an das innere Ende des Tubus heran und entfernte es zugleich mit dem Cystoskop ohne irgendwelche Schwierigkeiten. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis des Auges und seiner Adnexe, von Felix Terrien-Paris. Ins Deutsche übertragen von B. Kayser-Stuttgart. (München, Ernst Reinhardt, Paris, Georges Steinheil, 1905.) Terriens Buch ist seinerzeit an dieser Stelle besonders dem praktischen Arzte warm empfohlen worden; und Kayser hat sich ein großes Verdienst damit erworben, daß er das Werk ins Deutsche übertragen und damit weiteren ärztlichen Kreisen zugänglich gemacht hat. K. hat das Ganze ziemlich wortgetreu übersetzt; nur die einleitende Darstellung der Anatomie des Auges ist weggelassen und das Kapitel über die Untersuchungsmethoden ist gekürzt. Zu wünschen wäre, daß die Übertragung sprachlich freier ausgefallen wäre.

Götz-München.

Lehrbuch der Intoxikationen, von Rudolf Kobert-Rostock. (Ferd. Enke, Stuttgart 1906). Der zweite Band, enthaltend den speziellen Teil, zweite Hälfte dieses

bekannten und umfangreichen Lehrbuchs ist in zweiter, fast gänzlich neubearbeiteter Auflage erschienen. Der letzte Teil beginnt mit der Fortsetzung der Gruppe der Schwermetalle, dem sich die irritierenden organischen Stoffe, welche weder als ätzende Säuren, noch als ätzende Basen, noch als ätzende Salze aufgefafst werden können, anschliefsen. Diese Abteilung zerfällt in tierische reizende Gifte, pflanzliche reizende Gifte und künstlich hergestellte, bisher unerwähnt gebliebene organische Stoffe mit reizender Wirkung. Die zweite Abteilung behandelt Blutgifte und zwar

1. Gifte, welche in rein physikalischer Weise die Blutzirkulation stören, indem sie Gasblasen im Blute erzeugen.
2. Gifte, welche nichtgasige Verlegungen des Gefäfssystems bedingen.
3. Gifte, welche rote Blutkörperchen entweder völlig auflösen oder wenigstens den Blutfarbstoff aus ihnen auslaugen.
4. Gifte, welche im Blute Methämoglobinbildung hervorrufen.
5. Gifte, welche Kathämoglobin bilden können.
6. Gifte, welche Hämatoporphyrin bilden können.
7. Gifte mit eigenartiger Wirkung auf das Blut.

Abteilung 3 behandelt Gifte, welche, ohne schwere anatomische Veränderungen zu verursachen, töten können, dazu gehören Gifte des Cerebrospinalnervensystems, Herzgifte.

Das gesamte grofse Werk zeigt von der eminenten Arbeitskraft des Verfassers und wird sicher einen bleibenden Wert als Lehrbuch und Nachschlagebuch auf dem wichtigen Gebiete der Vergiftungen behalten. Die Ausstattung ist in würdiger Weise dem Inhalte angepafst. Den Schlufs bildet ein umfangreiches Sachregister.

Bernhard Schulze-Kiel.

Repetitorium der Chemie, von Carl Arnold. (Leopold Vofs, Hamburg 1906.) Wenn ein Werk, wie das vorliegende, imstande ist, eine zwölfte Auflage zu erleben, so ist das ein Beweis der Popularität und zeigt, dafs sein Inhalt von allen denen geschätzt wird, welche sich eines Repetitors der Chemie bedienen, besonders von den noch studierenden Medizinern und Pharmazeuten. Doch auch als Handbuch ist das Werk brauchbar, zumal es ein vorzügliches Nachschlageregister zu schneller Orientierung besitzt. Die neue Auflage berücksichtigt die Wünsche und Winke, welche Rezensenten früherer Auflagen dem Verfasser entgegenbrachten und verdient daher den Namen „verbesserte Auflage", zumal den Fortschritten der Chemie überall Rechnung getragen ist. Jedenfalls wird auch diese neue Auflage dasselbe Ansehen geniefsen, dessen sich seine Vorgänger erfreuten. Die Einteilung ist dieselbe geblieben, die Ausstattung in jeder Beziehung gut und ansprechend.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über die Bier'sche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän, von Artur Frommer-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Bei Gelenks- und Knochentuberkulose, bei akuter und rezidivierender Entzündung des Knochenmarks, bei Nachbehandlung des

Knochenmarks nach Sequestrotomie, bei akutem Abscefs des Processus mastoideus nach Mittelohrentzündung, bei chronischer Entzündung des Warzenfortsatzes und bei eitriger Entzündung der Gelenke und Sehnen legte F. die Bierschе Binde auf eine bis zwei Stunden täglich und zwar sehr oft zweimal an.

Uns interessieren hier die Ergebnisse der Bierschen Stauung bei eitrigen Entzündungen des Unterhautzellgewebes und der Gangraena praecox und senilis. Bei Eiterungen gelang es in akuten Fällen, in den Anfangsstadien bei einem vorwiegenden Teil der Fälle trotz der grofsen Intensität die Entzündungserscheinungen zu beschränken und zu lokalisieren. Aber auch dort, wo eine Eröffnung der Eitergänge schon stattgefunden hatte, ging namentlich die Schwellung der Extremität schnell zurück, die aktiven und passiven Bewegungen wurden eher ermöglicht, nekrotische Teile stiefsen sich eher ab. Die Wunde reinigte sich schneller und nahm bald gesunde Granulationen an. Selbst bei den Veränderungen in den Gefäfsen, die zum Absterben in den Endteilen der Extremität geführt hatten, machte die Stauungsbinde bei einige Stunden dauernder Wirkung, wie man es hätte kaum erwarten sollen, günstige Veränderungen des Allgemeinbefindens, Schmerzlinderung und Schlafbeförderung. *Arthur Rahn-Berlin.*

Beitrag zur Kenntnis der spontanen multiplen Hautgangrän, von J. Bannwart. (Inaug.-Diss., Zürich 1905.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle dieser Affektion, die alle jüngere Individuen im Alter von 19 bis 27 Jahren betreffen (2 m. und 1 w.). Er bespricht die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose, Therapie der Krankheit überhaupt und gibt eine historische Übersicht derselben. Was die Ätiologie speziell seiner drei Fälle anbelangt, so konnte einer auf Hysterie, ein anderer auf Syringomyelie zurückgeführt werden; für den dritten liefs sich keine veranlassende Ursache eruieren. Traumen konnten in allen drei Fällen ausgeschlossen werden. Zwei heilten vollständig, bis jetzt ohne Rezidiv, der dritte blieb stationär, d. h. es traten keine neuen gangränösen Herde unter der Behandlung auf; dieser letztere betrifft den Fall, dem eine Syringomyelie zugrunde lag. Bei einem Falle hatten die gangränösen Hautpartien regelmäfsig die motorischen Punkte der Muskeln zum Zentrum, bei einem anderen konnte eine Übereinstimmung der Richtung der Narben mit der Spaltrichtung der Haut deutlich erkannt werden. In therapeutischer Beziehung zeigten sich die bereits von Doutrelepont empfohlenen Umschläge mit 1‰iger Sublimatlösung. Im allgemeinen richtet sich die Lokalbehandlung nach den Grundsätzen der üblichen Wundbehandlung (Elimination der gangränösen Herde, Antisepsis).

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Extremitätengangrän (Maurice Raynaudsche Krankheit) bei Kindern, von Henry Sommelet. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 455.) Die symmetrische Extremitätengangrän bei Kindern stellt einen gut definierten Typus dar, fast stets im Einklang mit der klassischen Beschreibung von Raynaud (lokale Synkope und Asphyxie, symmetrische Gangrän). Die Mortifikationsprozesse des Gewebes, die am häufigsten zur Beobachtung kommen, sind trockene Gangrän der Epidermis (Desquamation) und Amputation der Phalangen. Die Raynaudsche Krankheit tritt stets im Winter auf, deshalb spielt nach Sommelet die Kälte eine wichtige Rolle als Gelegenheitsursache. Die befallenen Kinder sind meist neuropathisch belastet. Die Theorien der peripheren Neuritis und der Endarteriitis obliterans stimmen mit den klinischen Befunden bei Kindern schlecht überein; es ist deshalb eine nervöse Grundlage anzunehmen.

Neben Elektrotherapie sind Herzmittel indiziert. Vielleicht ist auch die Hydrotherapie von Nutzen. *Fritz Loeb-München.*

Wesen und Pathogenese der Hautveränderungen bei Sklerodermie, von L. Török-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 1.) Nach Ansicht der Autoren handelt es sich um einen hypertrophischen Vorgang, der durch angio-trophoneurotische oder durch autotoxische Einflüsse angeregt wird oder aber als Folge der Blutgefäßveränderungen (Peri-, Meso- und Endoarteriitis) entsteht. Die Ansicht T.s, daß die Erkrankung als ein im Wege der Blutbahnen propagierter entzündlicher Vorgang aufzufassen ist, welcher zur Anschwellung der Bindegewebsfasern (seröse Imbibition) und später zur Atrophie führt, wird durch die klinischen Symptome und durch die histologische Untersuchung bekräftigt. Die atrophischen Veränderungen finden ihre Ursache in der Endoarteriitis resp. in der schlechten Ernährung der erkrankten Hautstellen. So lange keine Atrophie besteht, ist vollkommene Restitution möglich. Die schnelle Entstehung der Sklerodermie, die dem Verlauf der Blutgefäße entsprechende symmetrische Verteilung, die Veränderungen der Blutgefäße sprechen dafür, daß das pathogene Agens im Wege der Blutbahnen in die Haut gelangt, und ihre lokale Wirkung die Affektion verursacht. In einem Falle waren an den unteren Extremitäten im subcutanen Bindegewebe und in den tieferen Schichten des Coriums runde, entzündliche Knoten entstanden, welche teils verschwanden, teils in Sklerodermieplaques übergingen. (Die Untersuchungen von Philippsohn weisen auf einen embolischen Ursprung solcher Knoten hin.) Im zweiten Falle entstanden in der Umgebung einer Plaque am Oberarme, durch gesunde Haut separiert, zwei Herde, die dafür sprechen, daß das pathogene Agens auf dem Wege der Lymphbahnen in die Umgebung gelangte und dort die Hautveränderung hervorrief.

B. Kollarits-Budapest.

Über einen Fall von halbseitiger Sklerodermie mit hochgradiger Atrophie, zugleich ein Beitrag zur Lehre der Metamerie, von Otto Kalb. (Inaug.-Diss., Erlangen 1904.) Eine sehr beachtenswerte Arbeit, die sich nicht zu einem kurzen Referat eignet und ein Studium im Original verdient. *Fritz Loeb-München.*

In der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga am 20. April 1905 (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 51) stellt Max Schönfeldt einen Fall von **Sklerodermie** vor, bei welchem die **Sklerodaktylie** besonders stark an Händen und Füßen ausgeprägt ist, und gibt auf Grundlage der neuesten Literatur eine klinische Schilderung der Sklerodermie. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von diabetischer Gangrän der Großzehe; Nachweis der Arteriosklerose im Röntgenbild, von Otto Bengsch. (Inaug.-Diss., Kiel 1905.) Aus dem Titel ist ersichtlich, was den Fall bemerkenswert macht. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von erworbenem, symmetrischem Farbstoffverlust der Haut (Leukopathia acquisita, Vitiligo), von Praetorius-Prenzlau. (*Dtsch. militär-ärztl. Zeitschr.* 1905. Nr. 9.) Bei dem 22jährigen Manne war seit dem vierten Lebensjahre beiderseits gleichmäßige, im Sommer besonders merklich fortschreitend, eine fleckenförmige Entfärbung der Haut an Brust, Rücken, Hals, Oberarmen, Glied eingetreten; wo die Entfärbung behaarte Teile ergreift, wie in der Schamgegend, und auch am Nacken, sind die Haare von rein weißer Farbe. Beschwerden irgendwelcher Art oder sonstige nervöse Störungen sind nicht vorhanden. Die Ätiologie des Falles ist eine dunkle, die symmetrische Anordnung der Flecke läßt es P. als wahrscheinlich erscheinen, daß eine zentrale Ursache für die Entfärbung vorliegt. Falls dieselbe nicht zum Stillstand kommt, Gesicht und behaarten Kopf ergreift, wird eine soziale Störung — eine anderweitige für die Gesundheit besteht nicht — eintreten. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Einige Betrachtungen über Leukoderma (Addisons Keloid), von F. Robbins-New York. (*Med. News.* 30. Dez. 1905.) Wie in den meisten beschriebenen Fällen,

so betraf auch der von R. beobachtete eine jugendliche Person im Alter von 21 Jahren, welche das siebente Kind und die einzige Tochter nach sechs gesunden Söhnen war und von erworbener oder angeborener Syphilis keine Spur aufwies. Ein weifs-gelblicher Fleck, von zirka Erbsengröfse, trat zuerst auf der Stirn auf, vergröfserte sich, bis die ganze linke Supraorbitalgegend befallen war, sechs Monate später stellten sich am Nacken, dann an der linken Hand und in den folgenden $1^1/_2$ Jahren allmählich am ganzen Rumpf eine ganze Anzahl gelblicher, später ganz weifs werdender Flecke ein, so dafs Patientin, eine geborene Kubanerin, völlig entstellt war, einer „gesprenkelten Kuh" gleich sah. Nach zwei Jahren schien die Affektion, welche übrigens die Unterextremitäten beinahe völlig verschonte, zum Stillstand gekommen zu sein. Es besteht nur geringe quantitative und qualitative Veränderung in der Hautsensibilität, im übrigen keine nervösen Erscheinungen, auffallend war in dem Falle, dafs jede Symmetrie in der Verteilung der Flecke oder die meist beobachtete Einseitigkeit fehlte. Was den Ursprung dieser seltenen, übrigens nicht lebensgefährlichen Affektion betrifft, so glaubt Verfasser, dafs Ernährungsstörungen an den peripheren, die Kapillaren versorgenden Nerven primär vorhanden und wahrscheinlich auf ein von aufsen eingeführtes Toxin zurückzuführen sind. Bemerkenswert war die Ähnlichkeit der weifsen Flecke mit alten Impfnarben und deren Indolenz gegen alle möglichen therapeutischen Versuche, wovon die innerliche Darreichung von Jodkalium noch am besten zu wirken schien. Vielleicht steht, wie R. meint, die beschriebene Trophoneurose in irgendeiner Beziehung zum Sklerodermа und zur Raynaudschen Erkrankung oder stellt ein Vorstadium derselben dar. *Stern-München.*

Bericht über einen Fall von Myxödem mit Ascites, von A. E. Hertzler-Kansas City. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Febr. 1906.) Der Fall betraf einen 44jährigen Kaufmann. Verfasser berichtet darüber einmal wegen des dabei beobachteten recht erheblichen Ascites, welcher unter Thyroidbehandlung ziemlich plötzlich verschwand, allerdings unter toxischen Erscheinungen. Diese wiederum waren ihrerseits ungewöhnlich, da Patient nur 0,8 in Tabletten dreimal täglich erhalten hatte, als er am neunten Tage mit Fieber, Herzschwäche, Rückenschmerzen und grofser nervöser Erregung erkrankte. Im späteren Verlauf nahm Patient kleinere Dosen ohne Störung und stieg sogar auf vier Tabletten pro Tag. Bei dieser Therapie zeigten einige Flecke von Vitiligo, welche auf den Handrücken lokalisiert waren, auch eine deutliche Besserung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über ungewöhnliche Erscheinungsformen des Lupus erythematodes, von Walter Pick-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) Im allgemeinen halten die Erscheinungen des Lupus erythematodes, sowohl in seiner häufigeren chronischen als in der selteneren akuten Form einen gewissen Typus ein, als dessen essentielle Symptome herdweise Rötung, Schuppung und Ausgang in glatte Atrophie angesehen werden können; zwei Fälle, die P. in der Riehlschen Klinik beobachtete, zeigen davon hochgradige Abweichungen.

Der erste Fall betraf einen 31jährigen Mann, der angab, die Affektion im Gesicht hätte vor neun Monaten mit einem kleinen Knötchen an der Nasenspitze begonnen. Die Affektion am Stamm war der Aufmerksamkeit des Patienten völlig entgangen.

Es handelte sich um einen chronischen Lupus erythematodes, der im Gesicht, am Kopf und in der Mundschleimhaut die gewöhnliche diskoide Form zeigte, während die Effloreszenzen am Stamm wesentlich ödematöser Natur waren. Das Ödem spielt im allgemeinen beim Lupus erythematodes nur eine accidentelle Rolle, als Begleitsymptom der Entzündung und ist als solches, insbesondere bei der als Erysipelas persistans faciei bezeichneten Form deutlich; dafs es aber, wie in diesem Falle, im Vordergrund der Erscheinungen st t, dafs es bei den Effloreszenzen am Stamm al

erstes, durch lange Zeit als alleinbestehendes Symptom auftritt, findet in der Literatur kein Analogon.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 56jährige Hausbesorgerin mit typischen, scheibenförmigen Herden von Lupus erythematodes, an der Stirne und an den Händen, welche die Diagnose sicher festlegten; aber an den Wangen sah man an einzelnen Herden gemischt, die entzündlichen und atrophischen Erscheinungen des Lupus erythematodes, mit Ulcerationen und papillären Wucherungen auf der atrophischen Haut einhergehen.

An der Diagnose Lupus erythematodes konnte man aber darum festhalten, weil sich die Intensität der Entzündung bis zur Abscefsbildung und Ulceration steigerte, um dann bei der Narbenbildung atypisch mit einer Proliferation des Gewebes im Sinne einer Papillombildung abzuschliefsen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Serie von Fällen von Icterus neonatorum, von W. R. Duguid-Buckie. (*Brit. med. Journ.* 10. Febr. 1906.) Das eine Kind der kräftigen, gesunden Frau erkrankte 30 Stunden p. p. mit Ikterus und starb am 14. Lebenstage, das andere erkrankte acht Stunden p. p. und starb am sechsten Tage. Ätiologische Momente waren nicht zu eruieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Krogius hält einen Vortrag über **Epidermititis linearis migrans** (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 51) eine Hauterkrankung, welche er bei einem zweijährigen Kinde fünf Monate beobachtet hatte. Nach der Schilderung Ks. wäre unter Epidermititis linearis migrans eine Hautkrankheit zu verstehen, welche in der Epidermis einen lineären, ca. 1 mm breiten, leicht erhabenen, unregelmäfsig weiterschreitenden, schleifenbildenden Streifen entwickelt, der je nach der Entstehung blafsgelb, leicht schuppend, bis blutrot, leicht erhaben ist, keine Abzweigungen macht, subjektiv sich durch Jucken kennzeichnet und deren Ursache eine in Zukunft noch näher zu bezeichnende Larve ist. Bisher sind 16 Fälle dieser Krankheit veröffentlicht worden. *Putsler-Danzig.*

Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven, von Schultz-Zehden-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 10.) Es handelt sich um eine Landstreicherin, welche ins Kreiskrankenhaus Zossen gebracht wurde. Der Arzt berichtet, dafs von den verschiedenen Körperteilen der Patientin etwa ein Litermafs Fliegenlarven abgelesen worden sei. Er selbst habe aus den Bindehautsäcken, aus der Nase, dem Ohr eine grofse Anzahl Parasiten entfernt. Beide Augen sind verloren. Das rechte Ohr sei ebenfalls zerstört, und der Nacken weist einen grofsen, fast bis auf den Knochen reichenden Defekt auf. Die Augen waren tatsächlich zerstört. Sch. teilt mit, dafs bei nachlässigen, heruntergekommenen Menschen schon öfters solche Fälle von Zerstörung durch Fliegen, besonders Schmeifsfliegen, beobachtet worden sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zwei Fälle von Myasis externa, von M. Vesescu. (*Revista stiintelor med.* Febr. 1906.) Der Verfasser hat zwei Fälle, den einen von ausgedehnten Ulcerationen und tiefen Fistelbildungen, den anderen von eitriger Mittelohrentzündung, beruhend auf das Eindringen von Larven einer Fliegenart, Calliphora vomitoria, in das Unterhautzellgewebe beobachtet, und gibt die ausführliche Krankengeschichte derselben. In dem ersten Falle wurden 176, in dem zweiten sieben lebende Larven aus den affizierten Teilen extrahiert. Die Heilung erfolgte dann mit auffallender Raschheit. Die Larven der Calliphora vomitoria sind 1½—2 cm lang, hühner- bis gansfederdick

und von gelblicher Farbe, dieselben bohren sich rasch in die Gewebe ein und können zu schweren Erkrankungen führen, falls die Natur der Ulceration nicht rechtzeitig erkannt und die Entfernung derselben, was am besten mit einer dünnen Pinzette geschieht, vorgenommen wird. *E. Toff-Braila.*

Einige Betrachtungen über die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus, von A. Looss. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 58. Nr. 1—2.) Der Verfasser weist zunächst darauf hin, dafs die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus noch nicht allerseits anerkannt wird, obwohl seine Experimente erst kürzlich noch von Schaudinn in exakter Weise an Affen wiederholt wurden und ein übereinstimmendes Resultat ergaben. Es folgt dann die Aufzählung seiner Versuche an sich selbst, an Menschen und Tieren, welche ihn zu der Tatsache führten, dafs die Ankylostomumlarven sich in die Haut einbohren. Der Infektion per os durch Trinkwasser, ungereinigte Vegetabilien, beschmutzte Hände ist in praxi nur eine geringe Bedeutung zuzuerkennen gegenüber dem Infektionsmodus durch die Haut, auf welche die reifen Larven mit Wasser, Schlamm u. dgl. gelangen. Hierzu ist die Gelegenheit in den infizierten Kohlengruben grofs, da der Arbeiter mit seinen Füfsen auf einem nassen, mit Larven bevölkerten Boden steht; ist er barfufs, so haben die Larven unmittelbar Zutritt zur Haut. Die Stiefel und die Kleider lassen die Larven durch, so bald sie durchnäfst sind, und, wie oft die Larven auf die Hände des Arbeiters kommen, läfst sich gar nicht berechnen. Die auf die Haut gebrachten Larven bohren sich unter günstigen Umständen innerhalb weniger Minuten in dieselbe ein, und die Infektion wird um so gröfsere Dimensionen annehmen, je höher die Temperatur der Grube ist, wogegen niedere Temperaturen die Beweglichkeit der Larven reduzieren und damit ihre Fähigkeit, zu wandern, einschränken. — Die extreme Lebensdauer der Larven ist sieben Monate. Das sicherste Mittel, die Seuche zum Erlöschen zu bringen, ist die peinlichste Befolgung der bestehenden Vorschrift, Kot nicht frei am Boden abzusetzen. Dann mufs eine neue Kontaminierung der Gruben aufhören; die noch vorhandenen reifen Larven sterben, wenn es ihnen nicht gelingt, in einen Wirt zu wandern, im Laufe der Zeit ab. Als Desinfektionsmittel zur Vernichtung der in den Gruben vorhandenen Wurmkeime möchte der Verfasser heifsen Dampf empfehlen. *Schourp-Danzig.*

Mifsbildungen.

Naevus pilosus pigmentosus und andere Hautveränderungen behandelt mit flüssiger Luft, von William B. Trimble-New York. (*The Med. Record.* 8. Juli. 1905.) Flüssige Luft kann mit dem Spray oder mit einem mit Baumwolle umwickelten Holzstab auf die zu behandelnde Hautstelle gebracht werden. Leichter Druck mit dem angefeuchteten umwickelten Holzstab gibt eine leichte Entzündungsreaktion, welcher eine gute Narbenbildung folgt. Da die flüssige Luft als lokales Anästhetikum wirkt, erzeugt sie keinerlei Schmerz aufser geringem Stechen und Brennen. In vier Fällen von Naevus pilosus pigmentosus und in zwei Fällen von Epitheliom sah der Verfasser vorzügliche Heilung, bei Naevus vasculosus und Lupus erythematosus bemerkenswerte Besserung, wobei die Applikation der flüssigen Luft nur einmal wöchentlich zu geschehen brauchte und mehr wie durchschnittlich fünf Sitzungen nicht erforderlich waren. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie, von Curt Hoffmann. Aus dem königl. pathologischen Institut in Königsberg i. Pr. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1905. 24 S.) Neben dem Fehlen von Haaren ist in den Präparaten des mitgeteilten Falles die ungewöhnliche Schwäche der Epidermis und

der sklerotische Charakter des darunter gelegenen Bindegewebes des Stratum papillare auffallend. — Die anderen Anhangsgebilde der Haut waren beim Patienten völlig normal. *Fritz Loeb-München.*

Über das HALBANsche Schwangerschaftssymptom. (Hypertrichosis graviditatis), von LUDWIG HERZL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 5.) HALBAN hat vor kurzem darauf aufmerksam gemacht, dafs während der Gravidität ein verstärktes Wachstum einer etwa vorhandenen Bartanlage, sowie der Lanugohaare am ganzen Körper zu beobachten sei und diese Haare nach vollendeter Gravidität wieder ausfallen. HALBAN glaubt, das Wachstum der Haare mit einer durch die Placentarsubstanzen erzeugten Hyperämie der Haut erklären zu dürfen und führt Experimente anderer Autoren an, welche beweisen, dafs überhaupt eine Hyperämie der Haut beim stärkeren Wachstum der Haare (auch aufserhalb der Gravidität) eine wichtige Rolle spielen.

H. konnte selbst drei Fälle beobachten, wo die HALBANschen Beobachtungen für die Gravidität zutrafen.

Experimentell konnte H. einmal recht drastisch das Lanugohaar der Bauchhaut bei einer Patientin entstehen sehen, die eine längere Zeit mit Bauchmassage behandelt worden war. Es zeigte sich die ganze Abdominalhaut mit kleinen, dunklen Härchen besät, die wieder verschwanden, als ein halbes Jahr nach Aufhören der Massage, die damals einen sehr befriedigenden Erfolg gehabt hatte, sich neuerlich eine Erschlaffung der Bauchdecken einstellte. *Arthur Rahn-Berlin.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige Worte über die Anomalien im Baue der Harnorgane, von ANTON LESNIOWSKI. (*Medycyna.* 1905. Nr. 50—51.) Beschreibung der abnorm gebauten Harnorgane einer weiblichen Leiche. Die rechte Niere besitzt drei Arterien, die alle selbständig aus der Aorta abdominalis entstehen. Die linke Niere ist mit normalen Gefäfsen versehen, besitzt aber zwei Nierenbecken und zwei Ureteren; beide Ureteren verlaufen ganz unabhängig voneinander, nur mit losem Bindegewebe zusammen umhüllt, vereinigen sich scheinbar in der Entfernung von ca. 2 cm von der Blase, münden aber in dieselbe mit je einer Öffnung hinein.

Verfasser beschreibt andere aus der Literatur bekannte Fälle von Abnormitäten im Baue der Harnorgane, bespricht die diesbezüglichen Theorien und macht auf die wichtigen Fehler aufmerksam, die aus Unkenntnis derselben — besonders bei chirurgischen Eingriffen — resultieren können. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Quecksilberschmierkuren und ihre Einwirkung auf die Harnorgane, von CARL KLIENEBERGER. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 58. Bd. 5. u. 6. Heft.) Die Untersuchungen betrafen 19 Fälle bei Quecksilberschmierkuren bei Syphilis und zwölf Fälle bei nicht luetischen Personen. Ein wesentlicher Unterschied in der Einwirkung der grauen Salbe auf Syphilitiker und Nichtsyphilitiker besteht nicht. In fast 85% der Fälle erfolgte auf die übliche Inunktionskur eine schwere Urinveränderung. Es trat fast immer konstante hyaline Cylindrurie auf, welche von sonstigen Erscheinungen der chronischen Quecksilbervergiftung unabhängig und durchaus nicht identisch oder abhängig von einer durch die Quecksilberresorption veranlafsten Albuminurie ist. Die gebräuchliche Inunktionskur ist keine indifferente Behandlung; es ist Bedenken zu tragen, Quecksilber längere Zeit ohne zwingende Gründe bei chronischen Nephritiden, aufser syphilitischer Nephritis, zu verabfolgen; man mufs es aussetzen, wenn eine stärkere Albuminurie auftritt, wenn granulierte und Zellcylinder im Urinsediment erscheinen und wenn eine stärkere Zellvermehrung des Sediments erfolgt.

Schourp-Danzig.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Aseptisches Katheterisieren der Harnwege, von M. Krotoszyner und W. P. Willard-San Francisco. (*Californ. State Journ. Med.* März 1905.) Aus einer Reihe von Untersuchungen über die Vernichtung von Bakterien an urologischen Instrumenten ziehen Verfasser folgende Schlüsse: Weiche Gummikatheter werden am besten sterilisiert, wenn man sie sofort nach dem Gebrauch mit Seifenspiritus und fliefsendem Wasser reinigt und dann fünf Minuten lang in einer Kochsalzlösung kocht. Man sorge dafür, dafs die Lösung das Lumen des Katheters ganz füllt. Hartgummikatheter und gewebte Katheter sollen in einer konzentrierten Lösung von Ammoniumsulfat fünf Minuten lang gekocht werden. Zur Vermeidung von Berührungen wird jedes Stück einzeln in Gaze gut eingewickelt vor dem Einlegen in die Lösung. In ähnlicher Weise werden Ureterenkatheter behandelt. Das Cystoskop reinigt man durch Abwaschen mit Seifenspiritus und Wasser, reibt dann zwei Minuten lang tüchtig mit einem mit Seifenspiritus befeuchteten Gazebausch und eine Minute lang in ähnlicher Weise mit Alkohol. Das Lumen wird mittels einer Pfeifenbürste auch mit Seifenspiritus und Alkohol gereinigt. Man erhält die Instrumente aseptisch, indem man sie in ein mit Seifenspiritus befeuchtetes Stück Gaze oder ein Handtuch gut einwickelt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über einige bemerkenswerte urologische Operationen, von Alfred Hock-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 47 u. 48.) Folgende teils durch grofse Seltenheit der die Operation veranlassenden Krankheit, teils ein allgemeineres Interesse beanspruchende urologische Operationen wurden von H. im Josefstädter allgemeinen Krankenhause im Jahre 1904 ausgeführt:

1. Eine mit Incontinentia urinae einhergehende Epispadie bei einem neunjährigen Mädchen; die Inkontinenz wurde dauernd gebessert.

2. Urethrotomia interna bei einem schwer infizierten und körperlich herabgekommenen Mann wegen schwerer Harnröhrenstriktur. Heilung.

3. empfiehlt H., bei impermeablen Strikturen eine filiforme Sonde bis zur Striktur — nicht in diese hinein — zu schieben und daselbst liegen zu lassen. Nach 24 Stunden, manchmal auch später, dringt die Sonde in die Blase. Heilung. Für Fälle von akuter, kompletter Retention ist das Verfahren nicht indiziert.

4. Bottini-Operation bei einem Fall von Prostatahypertrophie. Dauernde Besserung.

5. Beiderseitige Vasektomie bei Prostatacarcinom. Besserung der Schmerzen und Nachlassen der Blutungen.

6. Zwei Fälle von Blasensteinen; der eine (sieben Steine) durch Lithotripsie, der andere (ein Stein) durch Sectio alta geheilt.

7. Ein Fall aus dem Gebiet der Nierenchirurgie (Adenom der Niere).

Putzler-Danzig.

Das Verhalten des praktischen Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat und bei plötzlicher Harnverhaltung, von R. Kutner-Berlin. **I. Blutungen.** (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1905. Nr. 24.) Die Arbeit ist dem Zyklus von Vorträgen über „Erste ärztliche Hilfe", veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preufsen, entnommen und enthält praktische Winke für das Verhalten des Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat.

II. Behandlung der plötzlichen Harnverhaltung. (Ibidem 1906. Nr. 4.) In diesem Teile bespricht Verfasser vom Standpunkte des praktischen Arztes aus 1. die Harnretention ohne Hindernisse für den Katheterismus und 2. Harnverhaltung infolge lokaler Hindernisse, ohne etwas Neues zu bringen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der oberen Harnwege, von Meyer-Darmstadt. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 3.) Als wesentliche Punkte bei der Behandlung schwerer Erkrankungen der Harnwege, besonders in ihren oberen Abschnitten, empfiehlt Meyer: Rege Durchspülung der Harnwege durch den Genuſs reizloser Flüssigkeiten (Milch, Mineralwasser), Ausschalten der Bildung reizend oder toxisch wirkender Stoffe im Darm durch Weglassen der Fleischnahrung, Gewürze usw., durch regelmäſsige tägliche Darmauswaschung mittels Lösungen von Mittelsalzen in Form der Bitterwässer oder des Sanosals. Ferner empfiehlt Verfasser Darreichen eines leicht und in ausgiebiger Menge Formaldehyd abspaltenden Medikamentes, am besten in der Form des Helmitols. Zur Erzielung einer raschen Wirkung in frischen Fällen und einer eingreifenden Beeinflussung bei schweren und chronischen Formen empfiehlt es sich, das Medikament in nicht zu schwachen oder verzettelten Dosen, sondern in dreisten Gaben von 4—6 g pro die mit jeweiligen Intervallen zu geben. Die übrige symptomatische Behandlung (Bäder, Blutentziehung, Narkotika usw.) richtet sich von Fall zu Fall. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Röntgenmethode als Führer bei Operationen wegen Steinen in den Harnwegen, von Carl Beck-New York. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 23. Dez. 1905.) B. hält die Untersuchung mit Röntgenstrahlen für die beste und allen anderen Methoden überlegen, um sowohl Steine im Nierenbecken wie in den Harnleitern und in der Blase festzustellen und über deren Form und Zahl Aufschluſs zu erhalten. Die chemische Zusammensetzung der Harnsteine bestimmt den tieferen oder weniger tiefen Grad des Schattens; Oxalatsteine zeigen den ausgeprägtesten Schatten (sogar stärker wie von Knochen), dann kommen Phosphat- und schlieſslich die reinen Harnsäuresteine, welche den schwächsten Schatten geben. In der Praxis aber bestehen gewöhnlich die Steine aus verschiedenartigen Lagen, so daſs auch die Schatten verschieden stark sind, was sowohl bei Nieren- wie kleineren Steinen beobachtet wird. Der speziell lokalisierten muſs eine allgemeine Durchleuchtung vorangehen, da man nie vorher wissen kann, ob die angenommenen Steine in einer oder beiden Nieren oder in den Ureteren sitzen, die Röntgenplatte muſs also ein Gebiet einschlieſsen, welches von der elften Rippe und der Darmbeinschaufel auf der einen, von der Wirbelsäule und der vorderen Axillarlinie auf der anderen Seite begrenzt wird. Wenn immer man Steine vermutet, sollte radiographiert werden, und B. fand, seitdem er dieses Prinzip strenge einhält, bei vorhandenen Blasensteinen stets auch Nierenkonkremente, was wohl verständlich erscheine, da ja die meisten Blasensteine ursprünglich in den Nieren entstünden. Im letzten Jahre beobachtete B. drei Fälle, bei welchen er wegen rekurrierender Blasensteine operierte und die Röntgenographie zugleich Nephrolithiasis kundgab. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, einen 24 Jahre alten Mann und einen sieben Jahre alten Knaben, und auch ein weiterer (vierter) Fall, welchen B. beobachtete und operierte, lehrte, wie häufig gleichzeitig Blasen- und Nierensteine sind und wie der Patientin bei rechtzeitiger Anwendung der Skiagraphie jahrelange Leiden erspart geblieben wären. Dadurch, daſs es möglich ist, Zahl, Sitz und Form der Steine genau festzustellen — was in dieser exakten Weise auch mit der Cysto- und Ureteroskopie nicht gelingt —, ist es in Zukunft nicht mehr so wie in früherer Zeit notwendig, die Niere nahezu ganz zu zerschneiden und sich zu vergewissern, ob nicht ein Stein zurückgelassen worden ist, dürfte es nicht mehr so häufig vorkommen, daſs Patienten wiederholten Operationen mit Jahren schmerzreicher Intervalle unterzogen werden müssen. *Stern-München.*

Die Methode von Cathelin bei der Behandlung der essentiellen Harninkontinenz, von Bruni. (*Rif. med.* 1905. Nr. 48.) Die Methode besteht bekanntlich in der epiduralen Injektion (Lumbargegend) einer Lösung von 1% Kokain in physio-

logischer Kochsalzlösung. Statt Kokain verwendet der Verfasser aber Stovain (1%). Er hat in dieser Weise 23 Knaben behandelt, von denen sieben nach der ersten oder zweiten Injektion geheilt waren, zehn wurden beträchtlich gebessert und steht zu erwarten, dafs bei Fortsetzung der Behandlung vollständige Heilung eintreten wird; bei sechs anderen blieb der Erfolg gänzlich aus. Die Menge der zu injizierenden Flüssigkeit beträgt 10 cm. Auch bei neurasthenischer Spermatorrhoe, sowie bei schmerzhafter Cystitis hat sich die Methode bewährt. *C. Müller-Genf.*

Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus), von Ludwig Waelsch-Prag. (*Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh.* 38. Bd. 6. Heft.) Gelegentlich bakteriologischer Untersuchungen des Vorhautsekretes nicht venerisch kranker Individuen fand Waelsch einen bisher nicht beschriebenen Mikroorganismus, welcher sich auf den gebräuchlichen Nährböden weiterzüchten liefs und sich für Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und weifse Mäuse nicht pathogen erwies. Die verschiedenen vorgenommenen Färbungen liefsen erkennen, dafs durch Quellung des Bakterienleibes eine Pseudokapsel entstand, die in dieser Pseudokapsel enthaltenen Körnchen das Ergebnis einer hochgradigen Plasmolyse analog den Babes-Ernstschen Körperchen waren. Die Quellung des Bakterienleibes, mit welcher die Plasmolyse Hand in Hand geht, ist ein Involutionsvorgang. Wegen seiner Neigung, eigenartige, spindel- und wurstförmige Involutionsgebilde zu formen, gibt Waelsch dem Bacillus den Namen Bacillus involutus. *Schourp-Danzig.*

Über rituelle Circumcision, von J. Fels. (*Przeglad lekarski.* 1906. Nr. 1—4.) In einer ausführlichen Arbeit bespricht Verfasser die Geschichte und Bedeutung der Circumcision bei verschiedenen Völkern, die Beschneidung der Mädchen, die Anwendungsweise der Circumcision bei den Juden, die Vorteile und Nachteile derselben. Die Arbeit schliefst mit einer scharfen Kritik der bis jetzt geübten Technik der rituellen Circumcision und mit einer entsprechenden Reform derselben. Seine Schlüsse fafst Verfasser in folgende Sätze zusammen:

1. Die Circumcision stammt aus uralten, barbarischen Zeiten; im Altertum hatte sie eine nationale Bedeutung, heute können die Kinder der jüdischen Eltern auch ohne Circumcision für Juden anerkannt werden.

2. Die Vorteile der Circumcision sind unbedeutend, deren Gefahren viel gröfser.

3. Die Circumcision soll entweder von Ärzten oder von geprüften Beschneidern mit allen antiseptischen Kautelen erst im zweiten oder dritten Lebensmonate des Kindes ausgeführt werden. Eine bestehende Hämophilie ist als eine wichtige Kontraindikation der Circumcision zu betrachten.

4. Die Durchreifsung des inneren Präputialblattes mit den Nägeln soll untersagt, die übliche Aussaugung der Wunde mit dem Munde streng verboten und die Dawiderhandelnden streng bestraft werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Vena dorsalis penis, von Ludwig Sänger. (Inaug.-Dissert. Bern 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Priapismus, von Lohnstein-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Es handelt sich um einen seit 16 Tagen bestehenden, andauernden, essentiellen Priapismus bei einem 51jährigen, verheirateten Manne. Der Anfall hat sich im Anschlufs an einen nicht beendeten Coitus eingestellt, auch ein späterer Coitus beseitigte nicht den Erektionszustand. Die Therapie versagte bisher, weder Narkotika noch prolongierte warme Sitzbäder halfen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfolgreiche Amputation des Penis wegen Epithelioms, von L. Sexton-New Orleans. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 23. Dez. 1905.) Der Fall betraf einen 45jähr. Mann, bei welchem die Neubildung als warzenartige Excrescenz am Präputium auftrat, mit Schuppung begleitet war und schliefslich blumenkohlartiges Aussehen annahm.

Die Diagnose wurde mikroskopisch bestätigt und obwohl jede Infektion anamnestisch ausgeschlossen schien, vor Ausführung der Operation noch kurze Zeit Jodkalium und Quecksilber gegeben. Die letztere konnte sich, nachdem die Leistendrüsen noch nicht ergriffen waren, auf die Amputation des Penis, wobei völlig im Gesunden operiert wurde, beschränken; die Harnröhre wurde auf eine kurze Strecke gespalten und deren Ränder mit der Haut, welche vorher über den amputierten Stumpf des Penis gezogen war, vernäht. Ein weicher Katheter wurde, um Infektion der Wunde zu vermeiden, in der Blase belassen; leichter steriler Gazeverband und T-Binde. Der Heilungsprozefs ging glatt von statten und sieben Jahre nach der Operation war noch kein Rezidiv vorhanden. S. erwähnt schliefslich noch der schwierigeren Fälle, wo die Peniswurzel und die Leistendrüsen ergriffen sind, und kann Entfernung der Hoden (im Gegensatz zu anderen Chirurgen) nur dann empfehlen, wenn diese ebenfalls von der Neubildung ergriffen sind. *Stern-München.*

Die Endoskopie der Harnröhre, von H. Goldschmidt-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Verfasser benutzt für die vordere Harnröhre ein gerades Rohr von 18 cm Länge, das im Innern des visceralen Endes eine Mignonlampe birgt. Statt des geschlossenen Rohres besteht der untere Teil des Instrumentes, der nach dem Beschauer zu vor der Lampe liegt, in der Länge von 4—5 cm und aus zwei schmalen Spangen. Am distalen Ende befindet sich an einer Seite das Rohr für die Wasserleitung, an der anderen die Klemmen zur Aufnahme der Kabel. Zur Besichtigung des hinteren Abschnittes der Harnröhre braucht man nur ein längeres Rohr zu benutzen und an dem visceralen Ende eine zur leichteren Einführung in die Pars membranacea geeignete Krümmung anzubringen. Das Instrument soll sehr deutliche Bilder geben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Diagnose des chronischen Harnröhrenausflusses, von S. Leon Gans-Philadelphia. (*New York. med. Journ.* 17. Februar 1906.) G. unterscheidet Urorrhoea, Morgentropfen (gleet), chronische Blennorrhoe und Prostatorrhoe. Der erstgenannte Zustand stellt ein zäh-klebriges Sekret vor, folgt oft einer prolongierten Harnröhrenentzündung und zwar durch Erkrankung der Blutgefäfse und übermäfsige Tätigkeit der Schleimdrüsen, besteht aus Schleim- und Epithelzellen und weicht gewöhnlich auf entsprechende Allgemeinbehandlung. Gleet ist die Absonderung aus einem Granulärherd, der gewöhnlich hinter einer Striktur sitzt. Bei Prostatorrhoe sind eine Reihe von Symptomen sexueller Neurasthenie, oft ein eiweifs- oder glycerinähnlicher Ausflufs nach dem Urinieren oder dem Stuhlgange, zuweilen auch konstantes Harnträufeln infolge von Erschlaffung des Compressor urethrae vorhanden; häufig ist auch Phospaturie mit der Prostatorrhoe verbunden. Was nun die chronische Blennorrhoe betrifft, so beschreibt G. kurz all die bekannten diagnostischen Mittel, die dabei in Anwendung kommen, die Zweigläser-Probe, jene mit drei Gläsern, wenn Verdacht auf Erkrankung der Prostata besteht, die (vier) Hauptformen von Fäden im Urin usf. Wenn wir die Anamnese sorgfältig erhoben, die mikroskopische Untersuchung des Eiters, die makro- und, wenn notwendig, mikroskopische Untersuchung des Urins in den zwei Gläsern vorgenommen, vorderen und hinteren Teil der Harnröhre und die accessorischen Buchten genau untersucht haben, dann, glaubt G., kann eine richtige Behandlung eingeleitet werden. Das Endoskop kommt nur in wenigen seltenen Fällen als diagnostisches Mittel in Betracht und zwar sollten es nur ganz geübte Hände in Anwendung bringen, da es sonst mehr Gefahr wie Nutzen bringt.

Stern-München.

Studie über elastische Dilatationsbehandlung von Harnröhrenverengerungen, von Louis Maurat. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 420.)

Fritz Loeb-München.

Zur Thiosinaminwirkung bei traumatischen Strikturen, von H. Mohr-Bielefeld. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 1.) Das Mittel ist nach den bisherigen Erfahrungen als Unterstützungsmittel einer mechanischen, dilatierenden Behandlung von Nutzen, es erleichtert durch Erweichung des die Verengerung umgebenden Narbengewebes die mechanische Behandlung, beschleunigt so die Heilung und wirkt den Rezidiven entgegen. Ein beschriebener Fall bestätigt die Ansicht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Vorläufige Mitteilung über interne Urethrotomie, von Carlo Ravasini-Triest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) In Bestätigung der Oesterreicherschen Versuche mit der Urethrotomia interna gibt R. die Erfolge bekannt, die er mit dem Nicolichschen Urethrotom auf der urologischen Abteilung des Triester Zivilspitales gehabt hat. Schon 1899 konnte Nicolich in der *Wien. med. Presse* (Nr. 50 u. ff.) über 235 Fälle mit innerem Harnröhrenschnitt und dessen günstige Ergebnisse berichten; seit dieser Zeit sind weitere 201 Fälle auf eben derselben Abteilung begegnet. Seit zehn Jahren ist keiner der Patienten infolge dieses Eingriffes gestorben. Zu einer Punctio vesicae wegen kompletter Harnverhaltung in Fällen, wo man nicht die Bougie einführen konnte, ist es nur einmal gekommen.

Die Urethrotomia externa ist damit immer seltener geworden und kommt höchstens noch bei traumatischer Harnröhrenverengerung in Frage.

Auf der Nicolichschen Abteilung bleibt der Dauerkatheter 36 Stunden liegen. Während dieser Zeit kann, wenn auch selten, Fieber eintreten, besonders wenn Patient zwischen Sonde und Harnröhre uriniert. Nach Entfernung der Sonde kann auch, jedoch ebenfalls selten, Fieber mit Schüttelfrost eintreten, doch nur von vorübergehender Dauer. Von Zeit zu Zeit ist auch hier Bougieren nötig.

Arthur Rahn-Berlin.

Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente und diesem ähnliche Fremdkörper, von Schborer. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1905. Nr. 52.) Falls noch einzelne Tropfen Urin neben dem Konkrement abgehen, empfiehlt Verfasser das Orificium externum mit dem Finger zu schliefsen und nun den Patienten aufzufordern, durch die Bauchpresse Harn zu entleeren. Ist dann die Harnröhre ad maximum dilatiert, so läfst man plötzlich los und das Konkrement entleert sich mit dem herausstürzenden Urin. Geht gar kein Urin ab, so umschnürt man die Harnröhre hinter dem Konkrement mit einem Bande und dehnt sie durch Einspritzungen von lauwarmem Wasser. Dann kann der Patient nach Lösung des Bandes auch mit dem durch die Bauchpresse entleerten Urin den Stein herausbefördern.

F. Hahn-Bremen.

Fremdkörper in der Harnröhre, von Josef Bogdanik-Krakau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.) Es sind Winke für den praktischen Arzt. Wie soll man sich bei Steinen verhalten, die in der Niere, Harnblase, Prostata usw. gebildet und beim Urinieren in irgendeinem Punkte der Harnröhre eingekeilt sind? Wie soll man sich verhalten bei Fremdkörpern, welche durch die äufsere Mündung (beim Onanieren, bei böswilliger Absicht, durch unglücklichen Zufall) eingeführt worden und dort stecken geblieben sind?

B. bediente sich zur Extraktion eines langgestielten Ohrlöffels und zieht diesen den Urethralzangen vor. Natürlich läfst auch dies Instrument bei stark eingekeilten Fremdkörpern den blutigen Eingriff nicht umgehen.

Arthur Rahn-Berlin.

Einkeilung einer Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von T. H. Bishop-London. (*Brit. med. Journ.* 20. Jan. 1906.) Ein 25jähriger Mann hatte, um eine angebliche spastische Urinretention zu beseitigen, eine 6 Zoll lange Hutnadel eingeführt, und jetzt steckte der Kopf derselben in der Perinealgegend, die Spitze

etwa einen Zoll von der Corona glandis entfernt in dem halb erigierten Penis. Man schob das Rohr eines Metallkatheters in die Urethra ein, um die Spitze der Nadel einzufangen und konnte dann durch gelinden Druck von hinten den Fremdkörper leicht entfernen.

Idem (ibidem), von J. A. W. Pereira-Exeter. Bei diesem Fall gelang die Extraktion mittels einer feinen Zange bei Rückenlage des Patienten und Heraufziehen des Penis nach dem Abdomen hin. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra eines Mannes, von H. Taylor-London und A. G. Johnson-Hull. (*Brit. med. Journ.* 17. Febr. 1906.) Es werden zwei weitere Beispiele dieses kleinen Unfalls beschrieben, bei denen die Entfernung des Fremdkörpers einmal direkt mittels Zange, das andere Mal durch die bekannte Umdrehung des Knopfes nach Durchbohrung der Wandung gelang.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Form der menschlichen Blase, von A. Lichtenberg und F. Völcker. (*Verh. d. I. internat. Anatomenkongr. Ergänzungsh. z. Anat. Anzeiger.* Bd. XXVII. 1905.) Die Verfasser fertigten Röntgenbilder der mäfsig und stark gefüllten Blase an, nachdem sie 2 %ige Lösungen von Argentum colloidale, die einen guten Schatten geben, injiziert hatten. Bei mäfsiger Füllung stellt sich die Blase in der Frontalebene als ein Dreieck mit drei fast gleichlangen Seiten dar, bei Frauen ist die obere Seite länger. Bei stärkerer Füllung werden erst die Seiten rechts und links stärker ausgebuchtet, dann bemerkt man stärkere Ausdehnung in der Längsrichtung. Die obere Seite, die in schwach gefülltem Zustande eine Delle hat, wird zuerst bogenförmig, dann immer runder und ausgebuchteter. *F. Hahn-Bremen.*

Cystoskop nach Maisonneuveschem Prinzip, von Otto Ringler-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Das nach dem Maisonneuveschen Prinzip gebaute Cystoskop besteht zunächst aus einem mit solidem Metallmandrin armierten cystoskopischen Katheter. Dieser ist in seinem Endteile, welcher sich im Schnabel des cystoskopischen Katheters befindet, so gearbeitet, dafs er diesen nach oben offenen Katheter genau verschliefst. Dieses verschliefsende Stück des Mandrins trägt das Gewinde zur Aufnahme der aufschraubbaren Bougie filiforme. Durch diese von Maisonneuve für Strikturbehandlung angegebene Methode wird auch für unsere Zwecke die Einführung des cystoskopischen Katheters in sicherer und glatter Weise ermöglicht. In dieser Art ist es möglich, zu fühlen und zu tasten, es ist eben ein Katheterismus. Ist der cystoskopische Katheter unter Leitung der Bougie filiforme in die Blase eingeführt, so wird der solide Metallmandrin mit aufgeschraubtem Bougie herausgezogen und der optische Mandrin eingeführt, der an seinem Ende eine bewegliche Lampe trägt, wie sie in ähnlicher Art Kollmann angegeben hat. Um während des Mandrinwechsels ein Abfliefsen des Blaseninhaltes zu verhüten, ist am freien Teil des cystoskopischen Katheters ein automatisch wirkendes Klappventil angebracht.

Für den Geübten soll es ein Instrument sein, dessen er sich in Fällen schwer zu passierender Harnröhren bedienen mag; für den weniger Geübten ist es ein Cystoskop, das jeder einführen kann, der imstande ist, eine Bougie filiforme durch die Urethra zu bringen und cystoskopische Bilder zu deuten.

Arthur Hahn-Berlin.

Die „reizbare Blase", von A. Ravogli-Cincinnati. (*Lancet-Clinic.* 6. Jan. 1906.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Hochgradige Überfüllung der Blase, von D. J. H. Hamman-Victoria West C. C. (*Brit. Med. Journ.* 20. Jan. 1906.) Ein 80jähriger Greis hatte seit einem Monat täglich nur einige Tropfen Urin entleert. Es bestand ein intensives Ödem der Beine und des Abdomens. Da es unmöglich war, einen Katheter einzuführen, wurde die

Blase aspiriert und 260 Unzen (ca. 7½ Liter) zunächst klaren, zum Schluſs trüblichen Urins entleert. Patient starb vier Tage später. Bei der Autopsie reichte die Blase bis zur Mitte zwischen Nabel und Sternum und war mit der Umgebung in gröſserer Ausdehnung verwachsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Amöbeninfektion der Harnblase ohne Rektovaginalfistel, von JOHN R. MC. DILL und W. E. MUSGRAVE-Manila. (*Med. New.* 16. Dez. 1905.) Ein 28jähriger Mann wurde im Krankenhause wegen vermeintlicher Niereneiterung mit täglichen Blasenspülungen behandelt, ohne daſs besondere Erscheinungen von seiten der Blase vorhanden waren. Erst nach zehn Tagen dieser Behandlung stellten sich Hämaturie, Dysurie und heftiger Schmerz am Schlusse der Miction ein; nun untersuchten Verfasser den Urin und fanden reichlich Amöben, was der Patient darauf zurückführt, daſs in dem gleichen Spitale viele Dysenteriekranke gelegen waren und die Wärter nicht immer die Hände und die zur Blasenspülung benötigten Katheter genügend reinigten. Diese Fälle von zufälliger Infektion sind sehr selten, häufiger trifft man Fälle von Amöben in der Blase, wo gleichzeitig eine Rektovaginalfistel und andere Amöbenerkrankungen vorhanden sind. Die Behandlung der Amöbeninfektion der Blase geschah nach VALENTINES Methode mit täglichen Spülungen mit Chinin- (sulfur.) Lösung, von 1:500 allmählich bis auf 1:100 steigend; nach elf Tagen war und blieb das Leiden verschwunden. Die im Urin gefundenen Amöben sind nicht verschieden von jenen, die man bei Darminfektion in den Faeces findet: 10:30 Mikra im Umfang, manche eingeschlossen von roten Blutkörperchen, die Beweglichkeit selten so groſs wie bei den Darmparasiten. *Stern-München.*

Über Urogosan, ein neues sedatives Blasenantiseptikum, von S. Boss-Straſsburg i. E. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 47.) Da das Hexamethylentetramin sich als vorzügliches Blasenantiseptikum erwiesen hat, da aber das Gonosan nur für die primäre Gonokokkeninfektion der Harnröhre ausreicht, so setzte S. Boss dem von ihm angegebenen Gonosan das Hexamethylentetramin hinzu, um ein vollkommenes Blasenantiseptikum zu erreichen. Auch dieses neue Präparat wird von der Firma J. D. Riedel in Berlin hergestellt und kommt in Gelatinekapseln in den Handel, von denen jede 0,3 Gonosan und 0,15 Hexamethylentetramin enthält.

Durch den Übergang in den Urin wirkt das Urogosan:

1. entwickelungshemmend auf Mikroorganismen, bedingt durch die Harzsäuren plus Formaldehyd;

2. beschränkt es die Eiterung. Diese adstringierende Wirkung ist vorwiegend bedingt durch das Gonosan bezw. das Ol. Santali;

3. übt es einen günstigen, heilenden Einfluſs auf die entzündete Schleimhaut aus durch die anämisierende Wirkung der Kawa-Kawa.

Nach den Bossschen Beobachtungen ergaben sich für die Anwendung des Urogosans folgende Indikationen des Urogosans:

1. Blasenentzündung im Gefolge von Blennorrhoe;

2. Blennorrhoische Entzündungen des hinteren Teiles der Harnröhre;

3. Alle bakteriellen Erkrankungen der Harnwege. *Arthur Rahn-Berlin.*

Fremdkörper in der kindlichen Blase, ihre Diagnose und Extraktion, von L. H. M. DUVARD. (*Thèse de Bordeaux.* 1903/04. Nr. 43.)

Fritz Loeb-München.

Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Harnblase, von S. GROSGLIK. (*Medycyna.* 1905. Nr. 48.) Es handelt sich um einen mit Harnröhrenstriktor behafteten Patienten, der sich selbst katheterisierte, wobei das Endstück des NÉLATONschen Katheters in der Harnblase zurückgeblieben ist. Verfasser hat nun nach vorausgeschickter internen Urethrotomie den Verweilkatheter hineingeführt und

ein paar Tage später den Fremdkörper mittels Lithotriptors zertrümmert und entfernt. G. plaidiert bei dieser Gelegenheit warm für die Lithotripsie, die er im allgemeinen höher, als die Cystotomie schätzt. Die Harnröhrenstriktur bildete in seinem Falle, dank geeignetem Verfahren, kein Hindernis, und Patient ist in kurzer Zeit vollkommen geheilt worden (was später cystoskopisch nachgewiesen wurde). Hätte man hier die Cystotomie gewählt, so wäre wahrscheinlich die Heilungsdauer der Blasenwunde in Anbetracht der bestehenden hochgradigen Cystitis eine sehr lange.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Kasuistik der Blasentumoren bei Farbarbeitern, von Robert Schedler. (Dissertation. Basel. 1905.) Nach der Statistik von Gurlt kommen auf 16637 Tumoren 66 Tumoren der Blase (= 0,39%); nach derjenigen von Küster auf 1308 Tumoren zehn Tumoren der Blase = 0,76%. Ultzmann veröffentlicht eine Statistik, nach welcher im Verhältnis zu den anderen Affektionen der Harnwege die Blasentumoren 3,2% ausmachen. Küster gibt an, dafs die Blasentumoren kaum ½% aller Tumoren des Urogenitalapparates betragen.

Was die Frequenz der Blasentumoren bei den beiden Geschlechtern betrifft, so wird das männliche häufiger befallen als das weibliche. Nach Ultzmann entfallen 334 Fälle = 86% auf Männer, 47 Fälle = 14% auf Weiber. Albarran fafst die Beobachtungen von Guyon, Gurlt, Sperling, Meyer, Pusson, Küster, Antal und seine eigenen zusammen = 265 Fälle, davon sind 179 Männer = 67,5% und 86 Weiber = 32,5%. Die Statistik Corner, die sich über die Jahre 1747 bis 1880 erstreckt, ergibt für die Männer 77,97%, für die Weiber 22,03%.

Bei Wendel entfallen von 18 Tumoren zehn auf Männer und drei auf Weiber, nach Suter sind von zehn auf der Burckhardtschen Klinik operierten Papillomen neun bei Männern, einer bei einer Frau. Die Durchschnittswerte aus diesen sämtlichen Zusammenstellungen ergeben für die Männer 78,68%, für die Weiber 21,31%.

Bezüglich ihres Alters verhalten sich die Kranken wie folgt: Bei Küster stehen dieselben im Alter von 31—70 Jahren (durchschnittlich 49¼ Jahre), bei Wendel im Alter von 32—72 Jahren (durchschnittlich 50¼ Jahre), bei Burckhardt im Alter von 33—68 Jahren (durchschnittlich 50,8 Jahre). Aus der Zusammenstellung von Albarran geht hervor, dafs die Sarkome im Alter von 1—20 Jahren, die Carcinome im Alter von 30—80 Jahren, die Myome im Alter von 40—50 Jahren am häufigsten vorkommen. Die gutartigen Tumoren sind nach Albarran im Alter von 50—60 Jahren sowohl beim Manne als beim Weibe am häufigsten. Bei Kindern kommen nur Sarkome und Myome vor, erstere bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Nach Thompson und Albarran wird die untere Hälfte der Blase häufiger befallen als die obere.

Nach ihrem histologischen Bau sind folgende Geschwülste der Blase zu unterscheiden:

1. Fibrome (Zottenpolypen, fibröse Polypen).
2. Myxome.
3. Sarkome und Melanosarkome.
4. Myome.
5. Adenome.
6. Carcinome.
7. Dermoide.

Übergänge der gutartigen Formen in bösartige sind relativ häufig; seltener sind die rein benignen Geschwülste. Sein Vergleich des allgemeinen Krankheitsbildes der malignen Blasentumoren mit demjenigen der Neoplasmen anderer Organe fällt auf, wie selten bei den ersteren Metastasen nachweisbar sind; das hängt wahrscheinlich

mit der Armut der Blase an Lymphbahnen zusammen. Dagegen sind beim Vorhandensein primärer maligner Tumoren in der Nachbarschaft sekundäre Blasentumoren häufig. Weiber sind hierzu mehr disponiert (Uterus!).

Bei maligner Degeneration ursprünglich gutartiger Neubildungen leiten frequent auftretende Blutungen gewöhnlich die Periode raschen Verfalls der Kräfte ein. Die Schmerzen sind namentlich für die späteren Stadien der Blasentumoren ein charakteristisches Symptom; ihre Ursachen sind sehr verschiedener Natur. Einmal ist es der in der Nähe des orific. urethrae int. sitzende Tumor, welcher die genannte Öffnung teilweise oder ganz verlegt und dadurch schmerzhaften Harndrang oder auch komplette oder inkomplette Retention bewirkt. Dann ist es die Kathetercystitis, die die Quelle der Schmerzen sein kann.

Eine namentlich bei Papillomen resp. fibrösen Polypen oft beobachtete Erscheinung ist die Fibrinurie: Blutplasma tritt aus den gedrehten Zotten in den Harn über und läßt letzteren beim Stehen als dickflüssig-geronnen erscheinen.

Nach eingehender Erörterung der Diagnose und Therapie wendet sich Verfasser der Besprechung der Ätiologie zu. Außer den bekannten resp. oft erörterten ätiologisch in Betracht kommenden Momenten ist in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten auf das relativ häufige Vorkommen von Blasentumoren bei Anilinarbeitern aufmerksam gemacht worden. Dies geschah erstmals von Rehn, welcher 1885 über drei solche Fälle berichtete. Es folgt Wendel ebenfalls mit drei Fällen, dann Leichtenstern mit zwei Fällen. Auf dem Chirurgischen Kongreß 1904 referierte Rehn über 28 Fälle, die er gesammelt hat. Diesen fügt Verfasser zwei neue hinzu, welche von Prof. Burckhardt in Basel beobachtet worden sind. Symptome, Verlauf, Behandlung und Prognose der Anilintumoren der Blase unterscheiden sich nicht von derjenigen der entsprechenden andern ätiologisch differenten Tumoren. Vielleicht verdient hervorgehoben zu werden, daß die Strangurie mit Pollakiurie dabei noch mehr betont wird. Die Annahme, daß die Blasentumoren der Anilinarbeiter auf chronische Anilinvergiftung zurückzuführen sind, gewinnt an Wahrscheinlichkeit durch die relativ große Anzahl sicher konstatierter Fälle, sowie durch die Erfahrung, daß bei den Arbeitern der Anilinfabriken Harnbeschwerden häufig beobachtet werden. Es lag daher nahe, durch Tierversuche die Wirkungsweise der Stoffe zu prüfen. Diese Versuche haben aber noch zu keinem definitiven praktischen Ergebnis geführt.

In seinen weiteren Ausführungen gibt Verfasser genaue Angaben über die beiden Burckhardtschen Fälle.

Histologisch handelt es sich bei allen bekannten Fällen (28)
siebenmal um gutartige Papillome,
zehnmal um Carcinome,
dreimal um maligne Tumoren,
zweimal um Sarkome,
viermal um unbestimmte Tumoren,
einmal wurde ein Tumor überhaupt nicht festgestellt,
einmal handelt es sich um eine Art akuter produktiver Cystitis.

Ein Literaturverzeichnis und eine Tafel mit mikroskopischen Bildern beschließen die fleißige, wertvolle Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Zur Technik der intravesikalen Operationsmethode, von B. Klose-Berlin. (*Arch. f. klin. Chir.* 79. Bd. 1. Heft.) Der Verfasser veränderte das von Nitze angegebene Operationskystoskop in der Art, daß er den Brennerschnabel mit einem großen länglichen Fenster versah. Hierdurch bleibt der Raum vor und hinter der Brennfläche für das Auge frei und der Brenner läßt sich wegen seiner schlanken

Form sehr leicht einführen. Bezüglich des Abtragens der Geschwülste mit der Schlinge weicht Klose von Nitze insofern ab, als er statt der Platiniridiumschlinge eine solche aus Stahldraht nimmt. Diese ist elastischer, läfst sich nach Wunsch biegen und verliert ihre Form nicht so leicht beim Anstofsen an die Blasenwand. Da ferner der Schmelzpunkt des Stahldrahtes niedriger ist, wird nicht so grofse Hitze erforderlich. Dadurch werden die von der Schlinge umfafsten Gewebe an ihrer Berührungsstelle nekrotisiert und eine ausgedehnte Gerinnung des Blutes in den kleinen Gefäfsen des komprimierten Gewebes bewirkt und somit eine hämostatische Wirkung ausgeübt.

Schoenp-Danzig.

Die Ausschabung der Harnblase des Mannes, von Artur Strauss-Barmen. (*Ärztl. Polytech. in Zeitschr. für Krankenpflege.* 1905. Nr. 12.) Die Ausschabung der Harnblase des Mannes gelang bisher nur unter Anwendung der Sectio alta. S. führt aber den Curettenlöffel mittels eines Katheters durch die Urethra ein und hat damit eine Handhabe für die Blasencurette, die bei nur mäfsig gefüllter Blase und bei kontraktionsfreiem Ruhezustand der Blase vom Schnabel des Instrumentes aus geleitet wird, indem die andere Hand bezw. Zeigefinger von den Bauchdecken oder dem Mastdarm aus die Blasenwand der schabenden Curette entgegenhält.

Die Indikation für die Anwendung des Katheterlöffels bietet die chronische, hartnäckige Cystitis, namentlich die Form, die im wesentlichen auf das Trigonum, den Blasenhals und die Umgebung der Harnleitermündungen lokalisiert wird. Über die günstigen Erfahrungen dieser Art der Behandlung gerade bei der chronischen Cystitis hat S. in der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34 berichtet. Der Straussche Katheterlöffel wird konstruiert von Franz Stamm & Co. in Ohligs.

Arthur Rahn-Berlin.

Über die Steinkrankheit der Harnwege, speziell der Blase und deren Behandlung nach in Schlesien gesammelten Erfahrungen, von Felix Lövenhardt-Breslau. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1905. Nr. 50.) L. verfügt in Summa über 94 eigene Fälle von Steinkrankheiten der Harnwege aus etwa den letzten zehn Jahren, und es kommt ihm darauf an, zu untersuchen, ob etwa der Boden und die Lebensweise einen direkten Einfluſs auf die Steinbildung hat; der Boden wenigstens könnte gerade in Schlesien für Steinbildung verantwortlich gemacht werden, da man von jeher dem Kalkgehalt speziell des Trinkwassers eine Bedeutung beigemessen hatte. Diese Annahmen scheinen sich aber nicht zu bestätigen, denn L. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Irgendwelche klimatische, ethnographische oder alimentäre Einflüsse auf die Entstehung der Steinkrankheit sind in Schlesien nicht nachzuweisen, ebensowenig wie eine besondere Häufigkeit dieses Leidens.

2. Eine eigentliche Lithiasis der Harnblase ist, abgesehen von Fremdkörpersteinen, in unserer Gegend überhaupt kaum nachzuweisen. Die meisten Fälle verdanken ihre Entstehung ursprünglichen Nierenkonkrementen.

Die Hauptrolle spielt dabei die veränderte anatomische Beschaffenheit der Blase, mehr oder minder grofse Behinderungen bei der Entleerung der Blase.

Es gibt eine ganz besonders auffällige Form von intensivem steinbildendem Katarrh, bei dem ebenso wie bei einigen Fällen von Phosphaturie die Staphylokokken eine grofse Rolle spielen.

3. Die Steinzertrümmerung ist für unsere hiesigen Verhältnisse die Operation der Wahl und bleibt wegen der kurzen Dauer der Nachbehandlung, des glatten Verlaufs und der geringen Mortalität allen anderen Methoden überlegen.

Arthur Rahn-Berlin.

Ursache und Verhütung der postoperativen Cystitis, von F. J. Taussig-St. Louis. (*St. Louis Courier.* März 1903.) Cystitis kommt nach den Zusammenstellungen und eigenen Erfahrungen T.s, worüber er einen kurzen Abrifs von neun Fällen wiedergibt, in erster Linie nach gynäkologischen Operationen und zwar speziell nach der radikalen abdominalen Krebsexstirpation — zu 60% — vor. Die Häufigkeit und Schwere der Affektion ist direkt proportional mit dem Grade, in welchem die Blase bloßgelegt wurde. Die Hauptfaktoren in der Ätiologie sind Trauma, Infektion und als dritter zuweilen Harnretention; letztere besonders auf indirekte Weise, indem sie zur Einführung eines Katheters Veranlassung gibt, was T. für die häufigste Ursache der postoperativen Cystitis erklärt. Die Urinverhaltung kann bedingt sein durch Verwachsungen der Urethra bei Lageveränderungen (nach Alexanders Operation) oder durch Lähmung des Detrusor vesicae (infolge unterbundener Blutzufuhr oder Excision der zuführenden Nerven). Die Bakterien, welche die Infektion bewirken, können ursprünglich schon in der Blase sein (vorhergehende chronische Cystitis); sie können vom Rectum, der Scheidenwunde oder von der Harnröhre aufsteigend in die Blase gelangen. Diese Eintrittswege hält T. jedoch für Ausnahmen und die Kathetercystitis für die Regel. Untersuchungen haben gelehrt, daſs jede Harnröhre bei bettlägerigen Frauen sowohl Staphylokokken wie Colonbazillen enthält; die Desinfektion der Harnröhre ist eine Unmöglichkeit, daher werden bei jeder Katheterisierung Keime in die Blase gebracht. Einige wenige Male ausgeführt, verursacht die Katheterisierung selten Cystitis, wird sie jedoch oft wiederholt, wie bei fünf bis sechs Tage währender Verhaltung, so scheint die Blase der Bakterieninvasion nicht länger mehr zu widerstehen, und rasche Vermehrung derselben mit beginnender Entzündung ist die Folge. Zur Verhütung der postoperativen Cystitis gibt T. folgende Ratschläge: 1. Versuche man, Harnverhaltung zu verhüten, indem man nach Beendigung der Operation die Blase mit sterilem Wasser füllt, Boroglycerinlösung in die volle Blase injiziert und die Kranken auſserhalb des Bettes aufsitzen läſst, sobald es die Art der Operation erlaubt. 2. Bei der Operation behandle man die Blase sehr vorsichtig und bedecke dann deren bloſsgelegte Oberfläche so gut als möglich. 3. Verhüte man das Eindringen von Keimen von der Harnröhre aus, soweit als möglich, durch Gebrauch eines Doppelkatheters. 4. Gebe man innerlich Urotropin, Helmitol usw. 5. Vor allem muſs man, wenn immer einige Zeit hindurch der Katheter in Anwendung kam, die Blase jedesmal mit Borlösung ausspülen und damit solange fortfahren, nicht nur, bis zum ersten Male spontan uriniert wird, sondern bis kein Residualharn mehr vorhanden ist. Literaturübersicht. *Stern-München.*

Chirurgische Eingriffe bei Blasentuberkulose, von G. Mac Gowan-Los Angeles. (*Californ. State Journ. Med.* Febr. u. März 1905.) Verfasser berichtet hier ziemlich ausführlich über Beobachtungen an zehn chirurgisch behandelten Fällen von Blasentuberkulose. Im allgemeinen nimmt er in bezug auf derartige Erkrankungen eine vermittelnde Stellung ein. Er erkennt sehr wohl an, daſs sehr viele Fälle von Blasentuberkulose unter medikamentöser oder auch rein hygienischer Behandlung gut gedeihen; es gibt aber auch andere, bei denen ein Curettement (bei Männern durch die Sectio alta vesicae auszuführen) energisch vollzogen oder auch die Excision der Herde entschieden angezeigt ist; und wieder andere erweisen sich gegen jegliche Behandlung refraktär. Bei intensiven Beschwerden, bei einem Fassungsvermögen der Blase von 100 ccm oder mehr unter Anästhesie und beim Versagen der sonstigen Behandlung mit Instillationen usw. operiert Mac G. Seine Erfolge waren vielfach sehr erfreulich. Erwähnenswert ist der Umstand, daſs oft schon im Anschluſs an das Cystoskopieren allein eine Besserung eintrat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Primäre Tuberkulose der Harnblase, von Chirone. (*Giorn. internaz. d. Sc. med.* 1905. Nr. 24.) Der Verfasser nimmt auf Grund seiner Erfahrungen an, dafs es eine primäre Infektion der Blase gibt, dafs diese Infektion auf verschiedene Weise zustande kommen kann (Coitus, chirurgische oder venerische Eingriffe, auf dem Blutwege) und dafs unter allen Umständen die Blase bereits in einem Zustande von verminderter Widerstandsfähigkeit sich befinden mufs, damit sich der Tuberkelbacillus dort entwickle. Wenn somit die Blasentuberkulose oft nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen Infektion ist, so ist dies keineswegs immer der Fall.

C. Müller-Genf.

Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte, von Hermann Hinterstoisser-Teschen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) Bei einem fünfjährigen Knaben, der schon als halbjähriges Kind, aber ohne Erfolg, operiert worden war, machte H. die Maydlsche Operation mit der von Borelius angegebenen Abänderung, zumal hier die dazu erforderliche Bedingung einer langen Flexur, eines langen Gekröses der Sigmaschlinge gegeben war. Die für die Anastomosenanlegung günstigen Verhältnisse boten darum ein günstiges Heilungsresultat. Sind diese Bedingungen erfüllt, dann ist die Maydlsche Operation mit ihren verbessernden Abänderungen (*Centralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 29) nach Borelius eine praktisch wertvolle Operation.

Arthur Rahn-Berlin.

Verschiedenes.

Über neue Haarfärbemittel, von E. Tomaszewski- und E. Erdmann-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Die zurzeit als Haarfärbemittel verwendeten organischen Substanzen, die Pyrogallussäure und das p-Phenylendiamin, dann auch Metol, p-Aminophenol und p-Amidodiphenylamin, deren Mischung unter dem Namen „Aureol" im Handel ist, wirken alle mehr oder weniger stark hautreizend. Das gleiche ist der Fall beim p-Aminophenyltolylamin und dem 1,2 Naphthylendiamin, mit welcher Tomaszewski ebenso wie mit p-Aminodiphenylamin zahlreiche Versuche an der gesunden Haut von Menschen vorgenommen hat; auffallenderweise stellten sich die Störungen — Hautreizungen und Dermatitiden — immer erst nach acht bis zehn Tagen ein, ein Beweis dafür, dafs bei Abgabe eines Urteils darüber, ob eine chemische Substanz die Haut reizt oder nicht, sehr grofse Vorsicht nötig ist. Gleich den genannten Stoffen können wahrscheinlich alle Basen, welche Oxydationsfarben zu liefern vermögen, Hautentzündungen hervorrufen, und es mufs daher von der Verwendung rein basischer Substanzen zu Haarfärbemitteln Abstand genommen werden. Die Verfasser haben nun mit Aminosulfosäuren Versuche angestellt; da nämlich innerlich giftig wirkende Substanzen durch Sulfurierung entgiftet werden, war es denkbar, dafs auch die hautreizende Wirkung organischer Basen durch Einführung einer Sulfogruppe in das Molekül verschwindet. Und in der Tat zeigten zahlreiche Versuche, dafs 1,2 Naphthylendiaminmonosulfosäure und Aminophenyltolylaminsulfosäure die gesunde menschliche Haut niemals reizen, und ebenso erwies sich die Oxydationsfarben liefernde Mischung der Natriumsalze von o-Aminophenolsulfosäure und p-Aminodiphenylaminosulfosäure als durchaus indifferent für die menschliche Haut; auch die an 70 Personen vorgenommene Prüfung der färbenden Eigenschaften dieser Mischung ergab gute Resultate. Es kann also die Lösung der genannten Sulfosäuren,

die unter dem Namen „Eugatol" von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin in den Handel gebracht wird, als zweckmäfsiges und hygienisch einwandfreies Haarfärbemittel empfohlen werden. *Götz-München.*

Erster Bericht über die Tätigkeit des Phototherapeutischen Institutes der Universität Florenz (verbunden mit der dermo-syphilopathischen Klinik) für das Jahr 1905. Das Institut unter der Leitung von Prof. Pellizzari wurde faktisch im Februar, feierlich aber erst am 31. Dezember 1905 eröffnet. Im ganzen wurden 376 Patienten mit den verschiedensten Hautkrankheiten behandelt, worunter hauptsächlich 115 mit Lupus vulgaris, 31 mit Epitheliom und 114 mit Trichophytie; die Zahl der Lichtapplikationen betrug 6465. Die Erfolge scheinen sehr ermunternd zu sein (für regelmäfsig behandelte Lupuskranke 62 Besserungen, 24 wurden geheilt oder standen zur Zeit der Ausgabe des Berichtes noch in Behandlung; für die Epitheliompatienten betragen die resp. Zahlen 10 und 17, für die Trichophytie stellen sich die Zahlen noch günstiger). Der Verfasser gibt eine ausführliche Beschreibung dieses Institutes, das das erste in Italien ist, nicht allein in bezug auf den Zeitpunkt der Gründung, sondern auch in bezug auf die Vorzüglichkeit der Installation und die Menge der behandelten Patienten. Mit dem Finsenschen Lichte verbindet der Verfasser häufig, besonders da, wo eine Einwirkung auf die tieferen Gewebsschichten erzielt werden soll, die Röntgenstrahlen. *C. Müller-Genf.*

Die Identifizierung der Persönlichkeit mittels Abdrücke der Fingerkuppe, von V. Bateson-Bradford. (*Brit. Med. Journ.* 5. Mai 1906.) Diese Methode hat sich bekanntlich in der Kriminalpraxis und ferner bei der Verwaltung in Indien unter den vielen Analphabeten sehr bewährt. Es wird auf Grund der schon sehr umfangreichen Beobachtungen mit grofser Bestimmtheit behauptet, dafs der Typus bei dem jeweiligen Individuum das ganze Leben hindurch bestehen bleibt. Die erhaltenen Bilder lassen eine Anordnung der Linien erkennen und eine Registrierung nach vier Schemata: die Schleife, der Bogen, der Wirbel und die vermischte Form. Die Anfertigung der Abdrücke geschieht mit Druckerschwärze (dieselbe läfst sich mit Soda leicht wieder abwaschen), die auf einer Glasplatte zu einer möglichst dünnen Schichte ausgerollt wird. Der hiermit angeschwärzte Finger wird entweder blofs mit der Palmarseite auf ein Blatt Papier aufgelegt, oder man läfst ihn von der Ulnar- zur Radialseite (oder umgekehrt) hinüberrollen. Nach dem Typus des Abdrucks und nach der Zahl der Furchen und Riffe ist eine praktisch gut verwendbare Registrierung möglich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Paraffininjektionen und -Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken, von H. Eckstein-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 31/32.) E. spricht in der medizinischen Berliner Gesellschaft am 2. Mai 1906 über Verwertbarkeit der Paraffinprothesen auf dem Gesamtgebiete der Chirurgie und seine Erfahrungen, die er an einem grofsen Material gemacht hat, besonders auch über die wesentliche Verbesserung der Resultate, die sich ergeben, wenn man das Paraffin nicht injiziert, sondern implantiert. Der Vorzug der Implantation ist der, dafs man den Defekt durch eine Prothese von einer so mathematischen Exaktheit ersetzen kann, wie das bei der Injektion selbst bei gröfster Übung nicht immer möglich ist, man kann selbst einen schmalen Nasenrücken so gut herstellen, wie das bei Injektion nur dann möglich ist, wenn die Unterlage auch bereits ziemlich schmal war, also bei leichten Fällen. Dafs natürlich die Möglichkeit einer Embolie oder Amaurose bei der Implantation völlig ausgeschlossen ist, versteht sich von selbst. Oft erzielt man mit der Kombination beider Methoden die besten Erfolge, wie Verfasser an einer Reihe von Fällen nachweist (Sattelnase, Stülpnase, Hasenscharte, Septumfehlern, Defekt des Nasengerüstes, Asymmetrien der Stirn, Schiefheiten am Munde, En- und Ektropium am Auge, Atrophie

des Augenlides.) In der Orbita selbst findet das Paraffin Verwendung nach Enucleatio bulbi zur Hebung des künstlichen Auges. Verfasser schliefst, dafs bei richtiger Technik die Paraffinprothese in sicherer, schneller und dauerhafter Weise auf grofsen Gebieten der Medizin Resultate geliefert hat, die noch vor wenigen Jahren als utopisch erschienen waren, dafs die Beschäftigung mit dem Paraffin zwar Ruhe, Exaktheit, Übung und gute Assistenz verlangt, dafs aber, wenn all dies vorhanden ist, Arzt und Patient Freude und Genugtuung im reichsten Mafse dabei erleben werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zwei Verkehrsgefahren, von Liebe-Waldhof Elgershausen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 12.) Die gebräuchlichen Klosetts sind fast durchaus so gebaut, dafs die männlichen Geschlechtsorgane beim Sitzen mit der vorderen Wand in Berührung kommen; infolgedessen können in Hotels, Eisenbahnwagen, öffentlichen Aborten usw. die Klosetts sehr leicht die Übertragung von Geschlechtskrankheiten vermitteln. L. empfiehlt daher, dafs von geeigneter Stelle, vielleicht vom Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aus auf eine andere Bauart der Klosetts hingewirkt wird; die vordere Klosettwand mufs durch eine starke Ausbuchtung vor der Berührung mit den Genitalien geschützt werden.

Weiterhin bekämpft L. die Unsitte, zum Zudecken den Hotelgästen nur mehr in Laken eingeschlagene Decken zu geben. Die Laken gehen während der Nacht wohl immer von den Decken ab, und man kommt dann in Berührung mit der bloßen Decke, die in der Nacht vorher vielleicht von einem Tuberkulösen vollgehustet oder von einem Manne mit Bartflechte benutzt worden ist. Die Decken sollten stets in vollständig und fest geschlossene waschbare Bezüge gesteckt werden.

Göts-München.

Versammlungen.

Originalbericht über den IX. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Bern.

Von

Dr. Fr. E. Hopf,
Arzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Sowohl die Schönheit der Gegend, in welcher der IX. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft tagen sollte, als auch die vielversprechende Tagesordnung hatten eine zahlreiche Gemeinde deutscher Dermatologen nach Bern gezogen. Das hauptsächlichste Interesse werden für die meisten Besucher wohl die beiden Vorträge Neissers über den „Derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung“ und Hoffmanns-Berlin über den „Derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis“ erweckt haben. Die Verhandlungen des Kongresses fanden in den Räumen des herrlich auf dem höchsten Punkte der schönen Stadt gelegenen Universitätsgebäudes statt. Die Räumlichkeiten waren aufserordentlich geeignet. In der Mitte befand sich die für die eigentlichen Verhandlungen vorbehaltene Aula, von deren Brüstung man, nebenbei bemerkt, eine unvergleichliche Fernsicht auf die gesamte Alpenkette des Berner Oberlandes genofs, und um den Hauptraum gruppierten sich in dem gleichen Stockwerk die grofsen, geräumigen Zimmer, in denen die mikroskopischen Präparate aufgestellt waren und die Kranken, welche zur Demonstration gelangen sollten, der Besichtigung durch die Kongreſsteilnehmer harrten. Neben den erwähnten beiden Hauptberichten lag der Schwerpunkt der Tagung in den zahlreichen Demonstrationen. Je eine halbe Stunde vor Beginn der Vormittag- und Nachmittagsitzungen fanden sich die Kranken in den verschiedenen Räumlichkeiten ein und konnten hier bei vortrefflicher Beleuchtung in Ruhe und Beschaulichkeit besichtigt werden. In den Nebensälen war auch eine grofse Zahl von Moulagen aufgehängt, die zum Teil von weither durch ihre Besitzer herbeigebracht worden waren.

Die Tagung wurde in Vertretung des behinderten Professors Pick-Prag durch Herrn Geheimrat Veiel-Cannstatt eröffnet, der auf das erfreuliche ständige Wachstum der Gesellschaft hinwies und auf die zunehmende Vertretung unserer Fachwissenschaft auf den Hochschulen. Fast alle Universitäten des deutschen Sprachgebiets erfreuen sich heute des Besitzes dermatologisch-syphilidologischer Lehrkräfte. Auch sei der Fortschritt nicht zu verkennen, dafs fast alle gröfseren Gemeindekrankenhäuser fachliche Spezialabteilungen mit dermatologisch ausgebildeten Oberärzten aufweisen. Nur damit liege es in Deutschland noch im argen, dafs wir keine ordentlichen Professoren für Dermatologie an unseren Hochschulen besäfsen. Österreich und die Schweiz seien uns hier voraus. Der Vorsitz der Verhandlungen ging hierauf an Professor Jadassohn über, der sich während der folgenden Tage mit den Herren Neisser, Metschnikoff-Paris, Doutrelepont-Bonn, Finger-Wien, von Petersen-Petersburg, Wolff-Strafsburg, Ehrmann-Wien, De Amicis-Neapel, Blaschko-Berlin und anderen in den Vorsitz teilte. Jadassohn gab in seiner Begrüfsung eine kurze Schilderung des Entwicklungsganges der dermatologischen Lehrstätte zu Bern. Seine Aufgabe sei eine dreifache, der Unterricht, die Krankenbehandlung und die wissenschaftliche Arbeit. Alle drei Zweige seiner Tätigkeit suche er zum Segen der Menschheit zu vereinigen. Er schlofs mit

einem warmempfundenen Nachruf auf den viel zu früh verstorbenen Schaudinn. Nach einer herzlichen Begrüfsung der Versammlung durch den Herrn Rektor der Berner Universität, Professor Graf, und weiteren freundlichen Willkommenworten des Dekans der medizinischen Fakultät und eines Vertreters der Ärzte der Stadt und des Kantons Bern trat man in die eigentlichen wissenschaftlichen Verhandlungen ein.

Neisser-Breslau: **Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung.** Durch die Arbeiten Schaudinns ist die experimentelle Syphilisforschung gewaltig gefördert worden. Denn wir können jetzt genau feststellen, ob es sich bei experimentellen Übertragungen um wirkliche Syphilis handelt. Nach Bertarellis Versuchen, die auch in Breslau Bestätigung fanden, ist die Syphilis auch auf Kaninchen übertragbar. Man hat bei ihnen Keratitis parenchymatosa erzeugt, die von Uhthoff-Breslau als typische Syphilitica ausgesprochen wurde. In einem Falle versuchte Neisser sogar eine Art Primäraffekt hervorzurufen und einmal, aber ohne dafs einwandfreies Resultat vorlag, Spirochäten nachzuweisen. Dafs von diesen Tieren eine Rückimpfung auf Affen stattfinden könne, bestreitet er entgegen Siegel. Auch die Infektionsmöglichkeit durch subkutane Impfungen kann Vortragender nicht bestätigen. Dafs der Affe das richtige Experimentiertier ist, mufs jetzt unbedingt zugegeben werden. Er bekommt sicher echte Syphilis, sei er einer höheren oder niederen Rasse angehörig. Die verschiedenen Typen sind verschieden empfänglich. Am meisten ist es der Schimpanse, dann der Affe der anderen höheren Arten. Bei niederen Affen läfst sich die Syphilis nur an bestimmten Prädilektionsstellen, nämlich an Augen und Genitalien hervorrufen, und diese Tiere bekommen auch nicht die typischen sekundären Erscheinungen der höheren Affen. Spirochäten sind in diesen Produkten gefunden worden. Zwischen dem Virus der verschiedenen Tiere gibt es sicher Differenzen. Menschensyphilis geht bei Affen eher an als Tiersyphilis. Eine ausschlaggebende Rolle spielt die Giftmenge. Einzelne Versager kommen bei grofsen Versuchsreihen vor. Sie erlauben deshalb noch keine negativen Schlüsse. Zu positiven Aussprüchen gehören grofse Zahlenreihen.

Bei unverletzter Haut und Schleimhaut tritt niemals Infektion ein, zumal nicht bei niederen Affen, mag auch die Einreibung des Virus eine intensive gewesen sein. Es ist jedenfalls ein Primäraffekt notwendig, der allerdings auch unscheinbar sein kann. Dieser Satz ist vielleicht für Menschen und höhere Affen nicht ohne weiteres anwendbar. Die Erfolglosigkeit der subkutanen Impfung bewies eine Reihe von 51 brauchbaren Versuchen mit 31 positiven Impfergebnissen. Die Tiere konnten also durch die voraufgegangene subkutane Impfung nicht infiziert gewesen sein. Intravenöse Impfversuche fielen negativ aus. Die Möglichkeit einer internen Infizierung und Immunisierung ist noch nicht bewiesen.

Für die Stellung der Diagnose wird sich die Experimentalsyphilis in der Praxis kaum heranziehen lassen. Die Zeit bis zum Ziehen des Schlusses ist eine zu lange. Bei unsicherem klinischen Bilde ist der positive oder negative Spirochätenbefund wertvoller als das Tierexperiment, das ja auch unter Umständen bei tertiären Produkten positiv ist. Woher sollte der Arzt auch gleich die nötigen Affen hernehmen? Die Versuche Neissers, in Sklerosennarben Virusreste zu finden, waren ergebnislos. Bei maligner Syphilis ergaben sich keine besonderen Verhältnisse. Interessant sind die Versuche mit Blutimpfungen an Affen. Bei 52 Affenversuchen ergaben sich positive Resultate schon am 5., 8., 14., 15., 18. (zweimal), 23. (dreimal) und 34. Tage nach der Infektion; andererseits auch am 63., 71., 72., 185., 283. Tage danach. Auch negative Blutimpfung in frühen und späten Tagen wurden beobachtet. Es ist aber doch der Beweis gelungen, dafs positive Impfungen

vom Blute aus möglich waren, ehe Primärsymptome zu beobachten gewesen waren. 37 mal war die Impfung erfolglos. Die Experimente mit Samen und Milch ergaben bisher nie positive Erfolge, mit Spinalflüssigkeit sah Hoffmann-Berlin einmal einen solchen. Dafs mit hereditärer Syphilis und ihren reichlichen Spirochäten positive Impfergebnisse vorliegen, ist bekannt. — Wie findet nun im Tierkörper die Verbreitung des Virus statt? Nur höhere Affen zeigen, wie gesagt, die typische Generalisierung der Syphilis. Bei niederen wiesen dieselben nur Zabulotny und Siegel nach. Mit Verbesserung der Methoden wird dies aber wohl auch für die niederen Affen noch mehr gelingen. Haben sich doch auch Milz, Drüsen, Hoden und Knochenmark der letzteren als mit Spirochäten erfüllt gezeigt. Jetzt gelingen die Abimpfungen bei Orangs und selbst bei Gibbons; bei niederen Affen sah Neisser in 55 Fällen nur 30 positive Resultate. Früher wurden nur geringe Stückchen Milz, jetzt aber das abgeschabte Produkt der Milzschnittfläche zur Impfung verwendet, wonach die positiven Ergebnisse sich mehren. Aus Lunge, Niere und Rückenmark liefs sich noch kein positiver Erfolg erzielen. Die mit Menschenlues geimpften Tiere gaben scheinbar bessere Abimpfungsaussichten, als die mit Passagenlues geimpften, was aus folgenden Zahlen hervorgeht. Bei der ersten Impfart hatte Neisser von 40 Fällen 24 positive und 76 negative Resultate, bei der zweiten von 22 Fällen nur 6 positive und 16 negative Ergebnisse.

Ob der Affe, wie es beim Menschen zu beobachten ist, später Rückfälle von seinem alten Spirochätenherd aus bekommen kann, erscheint zweifelhaft. Dafs die Spirochäten in den Drüsen lagern können, geht aus einem Versuche Buschkes hervor, der in der Cubitaldrüse eines „völlig gesunden" Menschen Spirochäten hat finden können.

Hohes Interesse müssen die serodiagnostischen Versuche Neissers erwecken, die, falls es nicht etwas gibt, das aufserhalb des bisher bekannten liegt und die Grundlagen dieser Methode verändert, sehr brauchbar sind. Positive Resultate dieser Untersuchungen liefsen sich niemals bei gesunden Affen, wohl aber oft bei erkrankten erzielen. Neisser unterscheidet drei Komponenten: a = Hammelblutkörperchen, b = Serum von einem Kaninchen, das mit Hammelblutserum vorbearbeitet ist, und c = frisches normales Meerschweinchenserum. Treffen a und b zusammen, so bleiben die roten Blutkörperchen ungelöst. Kommt c hinzu, so lösen sie sich auf. Es stellt nun a^1 das syphilitische Toxin vor, b^1 die syphilitischen Immunkörper (Antikörper, Antitoxin). Setzt man dem Gemisch von a^1 und b^1 die Komponente c zu, so lösen sich jetzt die Blutkörperchen nicht auf. Ein mit Syphilis infiziertes Tier gibt Organextrakte, welche Syphilisartiges enthalten. Das gilt aber nur bis zum 63. Tage nach der Infektion. — Von 27 Leichen Hereditärsyphilitischer, deren Gewebe mit physiologischer Chlornatriumlösung aufgeschwemmt wurden, erhielt Neisser 26 mal positive Resultate, auch in einigen Fällen von der Placenta. Hinsichtlich der Blutuntersuchungen ist zu sagen, dafs 60 mal gesundes Menschenblut untersucht wurde mit 59 negativen Reaktionen. Der eine Fall betraf einen Mann mit „Tripper".

59 mal wurde also keine Andeutung von Antikörpern oder Antigen gefunden. Bei 213 Syphilisfällen dagegen fiel das Antigenresultat 143 mal positiv aus. Unter den 213 Kranken fanden sich Patienten mit den verschiedensten Stadien, mit Sklerosen, sekundären und tertiären Formen, mit früh- und spätlatenter Lues. Von den übrigen ergaben weitere 25 bei einer zweiten Untersuchung ebenfalls noch positives Resultat, so dafs sich diese diagnostische Sicherheit von den vorher gewonnenen 71% bis auf 77% erhöhte. Negative Resultate erlauben keine sicheren Schlufsfolgerungen. Positive serodiagnostische Befunde sind aber für unsere Syphilis-

erkenntnis von sicherem Werte. Der Vortragende berichtet über einige eklatante Beispiele von Klärung der klinischen Diagnose durch seine serodiagnostische Methode. In Fällen, welche undeutliche Primärsymptome zeigten, wurde der positive Ausfall jedesmal durch das spätere Auftreten sekundärer Erscheinungen richtig gestellt. Die Antikörper sitzen nie im Serum, sondern nur im Extrakt, müssen also wohl den Blutkörperchen anhaften.

Quecksilberkuren haben auf die Antikörper keinen Einfluſs. Unter 21 Kranken, deren Spinalflüssigkeiten mit herangezogen wurden, fanden sich bei vier mit sicher auf Syphilis basierenden Paralytikern mehrmals deutliche Antikörperreaktionen.

Der Eintritt des Syphilisvirus in den Gesamtorganismus geht ziemlich schnell vor sich. Doch gelang Neisser erfolgreiche Exzision in einem Fall noch bis zum achten Tage nach der Infektion. Die Präventivversuche des Vortragenden ergaben nicht die gleich günstigen Resultate wie jene Metschnikoffs. Für absolut sicher hält Neisser Metschnikoffs Syphilisprophylaxe nicht. Neisser hat je eine Stunde nach der Infektion Ätzungen der suspekten Stelle mit Karbolsäure, Jodoform, Sublimat (1 : 1000, 2 : 1000 und 3 : 1000) vorgenommen, ferner graue Salbe und 10%ige Kalomelsalbe eingerieben. Gelungene Ergebnisse zeitigten die Säure- und Sublimatbehandlungen. Graue und 10%prozentige Kalomelsalbe ergaben nie Verhütung der Infektion. Zu erwähnen ist allerdings, daſs Metschnikoff eine 33%ige Kalomelsalbe verwendet, womit er erfolgreich die syphilitische Ansteckung verhindert haben will.

Bezüglich der Reinfektionen mit Syphilis muſs das Dogma von der absoluten Immunität fallen gelassen werden. Bei Affen lieſsen sich sogar positive Reinokulationen erzeugen.

Metschnikoff-Paris über: **Experimentelle Syphilisforschung.** Er bemühte sich, Abschwächungen der Syphilis herbeizuführen. Dazu dürften die Körper niederer Affenarten geeignet sein, vor allem der Macacus rhesus, der kurzschwänzige indische Affe. Aber auch die Rhesusaffen erwiesen sich nicht imstande, die Lues abzuschwächen. Im Gegenteil sind die Impfungen der Makaken in der 20. Folge eher stärker geworden, die Inkubationszeit gesunken von 19 bis auf sieben Tage. Schimpansen sind für Rhesusvirus von der elften Passage ab unempfänglich, während sie bis zur achten Folge noch empfänglich waren. Rhesusaffen dagegen reagierten auf das Rhesusvirus noch. Die Rhesusaffenläsionen zeigten Schaudinnsche Spirillen und typischen histologischen Bau. Das Rhesusgift wird für die Menschen auch keine Syphilis erzeugen, wohl aber auch keinen Schutz verleihen. Hierauf erwähnte der Redner mehrere Beispiele aus seiner experimentellen Erfahrung. Ein Assistent hat sich mit abgeschwächtem Virus von Affensyphilis geimpft. Das an der Lippe, der Impfstelle, vier Wochen darauf entstandene, unansehnliche, kleine Geschwür wurde von hervorragenden Syphilidologen für nicht spezifisch erklärt. Auch zeigten sich bei dem Kollegen trotz sorgfältigster, andauernder Beobachtung nicht die geringsten Spuren sekundären Charakters. F. Fournier riet von jeder antisyphilitischen Behandlung ab. Gleichwohl erwarben die von ihm abgeimpften 18 Affen aller Arten typische Initialsklerosen und sekundäre Exantheme. Einige der Tiere wurden später einer neuen Impfung mit menschlichem Syphilisgift unterzogen. In einzelnen Fällen zeigten diese Impfstellen neue Sklerosen. Das Virus des Assistenten hat jedenfalls eine gewisse Schutzwirkung gehabt. Das Rhesusvirus hingegen ist zur Schutzimpfung für den Menschen zu schwach. Ein Analogon stellte eine 79jährige Frau dar, welche mit durch fünf Affen (Schimpansen und Makaken) gegangenen Virus geimpft wurde und am geimpften Arme nach zwölf Tagen an zwei von den drei Impfstellen kleine Knötchen bekam. Weiter traten absolut keine Symptome auf, trotz einjähriger Beobachtung, während die mit

dem gleichen Virus infizierten Affen typisch erkrankten. Der Mensch ist eben für das Affenvirus viel weniger empfänglich als der anthropoide Affe. Vielleicht kann man später daran denken, den angehenden Prostituierten spezifische Schutzimpfungen angedeihen zu lassen, ebenso der Bevölkerung in Gegenden, wo die extragenitale Syphilis, wie in manchen Teilen Rußlands, eine starke Verbreitung aufweist. Bezüglich der Präventivbehandlung mit merkuriellen Salben, wie Metschnikoff und Roux sie erfolgreich ausgeübt haben, erklärt ersterer, daß die Virusdosen stets in kräftig und tief skarifizierte Impfstellen eingerieben worden sind. Es wurden fünf Paviane an den Augenbrauen mit menschlicher Syphilis geimpft. Von den Impftieren wurden zwei mit 10%iger, zwei weitere mit 20%iger Kalomelsalbe behandelt, ein Tier blieb ohne jede Behandlung. Alle fünf Affen bekamen Schanker. Hierauf wurde der Kalomelgehalt des Präventivmittels auf 30% erhöht. Diese Salbe und neuerdings auch die einfach aufgestrichene, nicht eingeriebene 25%ige Kalomelsalbe verhindern eine Erkrankung. So behandelte Affen wurden nicht syphilitisch. Zu diesen Affenversuchen gesellt sich ein an einem Arzte vorgenommener; durch die starke Kalomelsalbe verhinderte man jede spezifische Erkrankung. Die Gültigkeit dieses letzteren, einzigen Menschenfalles ist von Gauchher bestritten worden. Es ist aber zu bedenken, daß bei Affen analoge Beobachtungen in Mehrzahl vorhanden sind. Auch haben drei französische Ärzte drei Fälle veröffentlicht, wo trotz aus äußeren Gründen zu erwartender schwerer Infektionen doch nach dem Gebrauch 25%iger Kalomelsalbe, in einem Falle selbst bei Applikation erst 16 Stunden nach der sicher anzunehmenden Ansteckung keinerlei Zeichen von Syphilis aufgetreten sind.

R. Kraus und R. Volk-Wien berichten über **Syphilis- und Variola-Vaccineversuche an Affen.** Makaken können mit Syphilisvirus bis kurz vor Auftreten des Primäraffektes superinfiziert werden, wobei die Inkubationszeit der zweitgesetzten Infektion entweder kürzer, gleich oder auch länger als die der erstgesetzten ist. — Von einer größeren Versuchsreihe konnte in vier Fällen auch Reinfektion, also Haftung bei schon bestehender Sklerose erzielt werden und zwar ist bei positivem Impfresultat das späteste Intervall zwischen erster Infektion und Reinfektion, welches von ihnen bisher erzielt wurde, sechs Tage. Sowohl Super- als auch Reinfektionen bleiben mitunter rudimentär. — Es läßt sich daraus schließen, daß einige Zeit nach Auftreten des Initialaffektes die Haut des Macacus rhesus für eine zweite Infektion unempfänglich geworden ist.

Neuerliche Versuche ergaben in Übereinstimmung mit älteren, daß die ätiologische Prophylaxe durch subcutane Verimpfung mit syphilitischem Materiale nicht zum Ziele führe, denn nachträgliche Impfung mit Menschen- oder Affensklerose gab stets ein positives Resultat. Da jedoch immerhin noch die Möglichkeit vorhanden ist, daß man durch cutane Impfung mit abgeschwächtem Virus Immunität erzielen könnte, wurde versucht, mit den Hornhäuten von Kaninchen, die nach Bertarelli intraokulär infiziert waren, abgeschwächte Infektionen zu erzeugen. — Bisher gelang damit keine Infektion, obwohl die Corneae Trübung, Vaskularisatien und in zwei Fällen auch flache Geschwüre am Limbus zeigten; allerdings konnten auch keine Spirochäten nachgewiesen werden.

Der Vorschlag von Kraus, durch Injektion von Syphilismaterial im intermediären Stadium eine ätiologische Therapie der Syphilis zu versuchen, wurde von Spitzer u. a. in einer Reihe von Fällen durchgeführt. Es wäre wichtig, ähnliche therapeutische Versuche auch am Affen bei selbstgesetzten Bedingungen zu machen. Da Schimpansen nicht zur Verfügung standen, sollte eventuell die von Neisser entdeckte Infektiosität innerer Organe von infizierten Makaken zur Lösung dieser Frage

herangezogen werden; doch scheiterte dieser Versuch an der Unzuverlässigkeit der Inokulation von Makaken mit inneren Organen; von sieben Versuchen fiel nur einer positiv aus. Spirochäten wurden in inneren Organen von Makaken nie gefunden.

Die Komplementablenkung sollte dazu benutzt werden, Immunkörper beim Syphilitischen nachzuweisen. Die Resultate sind deshalb noch nicht vollkommen eindeutig, weil auch normale Sera mitunter noch in hohen Verdünnungen Ablenkung geben.

Kraus und Volk raten zu besonderer Vorsicht bei der Beurteilung von Hautaffektionen bei Makaken, da zuweilen Exantheme vorkommen, die selbst von erfahrenen Syphilidologen für luetisch gehalten werden, ohne daſs diese Diagnose experimentell und histologisch (Spirochätennachweis!) bestätigt werden könnte.

Die Variola-Vaccineversuche bestätigen zunächst die von Prowazek und Jürgens mitgeteilte Tatsache des Vorkommens einer regionären Immunität. Infektion einer Cornea beim Kaninchen macht diese Cornea immun, nicht aber die des andern Auges. Ferner zeigen die Vortragenden, daſs man durch cutane Infektion am Affen Immunität der Haut, aber nicht der Cornea erzeugen kann, ebensowenig kann Hautimmunität von der Cornea aus entstehen.

Infektion einer Conjunctiva ruft Immunität der Haut und der Cornea desselben Auges, nicht aber der des andern Auges hervor. Eine normale regionäre Immunität ist ja auch dafür verantwortlich zu machen, daſs die Infektion mit Syphilisvirus nur an ganz wenigen Stellen der Makakenhaut haftet.

Die Ausbildung der Vaccinepustel ist für Entstehung der Immunität nicht notwendig, was durch frühzeitige Exzisionsversuche der infizierten Stelle erwiesen wurde.

Durch subkutane Injektion von 2 ccm Lymphe in der Verdünnung $^1/_{500}$ bis $^1/_{1000}$ läſst sich Immunität beim Affen erzielen. Die Brauchbarkeit der Methode für den Menschen wurde durch Untersuchungen von Nobl und Knöpfelmacher erwiesen. Bezüglich der Dauer der auf diese Weise entstandenen Immunität führten einige vorläufige Versuche am Affen zu dem Ergebnisse, daſs jene von der Menge der eingeführten Lymphe abzuhängen scheint. Nach Lösung der Frage, welche Verdünnung und Menge der Lymphe die entsprechende sei, sollte die subcutane Vaccination die Methode der Zukunft sein.

R. Volk berichtet über zehn Fälle von Syphilis, die er nach der Kraus-Spitzerschen Methode im intermediären Stadium mit subcutanen Injektionen von Syphilismaterial behandelt hat; davon entsprechen nur drei Fälle vollkommen den Forderungen von Kraus, während bei den sieben andern Fällen das Exanthem noch während der Injektionen oder zu bald nach Aussetzen derselben gefolgt war. Aber auch in den drei Fällen kam ein Exanthem 14, 16 und 18 Tage nach der letzten Injektion. Auf die Verhütung von Rezidiven hatten die Injektionen keinen Einfluſs. Weitere Versuche müſsten das statistische Material vermehren.

Spitzer-Wien über **Ätiologische Therapie der Syphilis.** Im Jahre 1905 berichtete der Vortragende schon über 15 Kranke, denen er subcutane Sklerosenaufschwemmungen einverleibte. In neun der Fälle stellte sich typischer Luesverlauf ein, vier Kranke blieben frei von Syphilis, in zwei Fällen blieb das Resultat unsicher. Neuerdings hat der Redner neue Versuche angestellt. Von 20 subcutan geimpften Menschen wiesen elf sichere syphilitische Sekundärsymptome, während sieben trotz zweijähriger Beobachtung im Widerspruch mit dem positiven Spirochätenbefund in der Sklerose ohne Sekundärsymptome blieben. Bei den entsprechenden Kontrollparallelversuchen sind alle Impflinge syphilitisch erkrankt. Eigentümlich war das Verhalten der Lymphdrüsen. Diese schwollen nach den Einspritzungen jedesmal schnell an.

Finger-Wien gibt **Mitteilungen über Syphilisimmunität.** Er hat zusammen mit Dr. Landsteiner gearbeitet und sich einer absolut exakten Technik befleifsigt. Oppenheim impfte in oberflächliche Risse und Schnitte und erzielte unter 20 Fällen primären Stadiums drei positive Impferfolge. Finger und Landsteiner brachten das Material in tiefere Taschen und Skarifikationen mit bedeutend besserem Erfolge. Bei jetzt im ganzen 80 Beobachtungen erzielten sie von 27 Fällen primären Charakters 24 positive Erfolge, das sind 89 %. Unter 40 Fällen des sekundären Stadiums ergaben sich 24 positive Resultate, gleich 60 %. Unter 13 Fällen der tertiären Periode waren elf positive Ausfälle zu verzeichnen, gleich 85 %. Eine Inkubation gibt es hier nicht. Es entsteht sogleich ein umschriebenes, akutes Erythem bis etwa Guldengröfse. Im Mittelpunkt zeigen sich dann Infiltrate mit verschiedener Entwickelung. Nur bei Einimpfung von vollgiftigem Virus stellten sich diese von Finger erwähnten Wirkungen ein, bei künstlich abgeschwächtem Virus blieben sie aus. Gegen fremdes Luesvirus besitzen die Syphilitischen keine absolute Immunität, sondern reagieren darauf. Von absolutem Luesschutz eines Syphilitikers kann man nicht mehr gut reden.

Scherber berichtet über die Resultate der im Verein mit von Benedek angestellten **Versuche, Kaninchen durch Einbringung luetischen Materials im Auge zu infizieren.** Die Versuche, die als Nachprüfung der Siegelschen Befunde auf Wunsch Hofrat Weichselbaums und Fingers unternommen wurden, förderten wichtige Tatsachen zu Tage.

Es gelang nämlich den Autoren durch Einbringung kleiner Partikel luetischen Gewebes (Sklerosen, Papeln, [Genitale und Stamm], Drüsen) in die vordere Augenkammer nach Eröffnung mit der Lanzette, bei gleichzeitiger traumatischer Schädigung der Iris, eine klinisch wie histologisch der menschlichen Keratitis parenchymatosa vollständig gleiche Keratitis beim Kaninchen zu erzeugen.

Diese Keratitis entsteht nach einer Inkubation von fünf bis sieben Wochen in einer bei zum Ausbruch der Erkrankung völlig freien Cornea. Die Trübung entsteht in den tiefsten Schichten, meist in Streifenform, ist feinst gekörnt, wird immer dichter sodafs die Cornea grauweifs erscheint, schliefslich wachsen vom Limbus Gefäfse ein, sodafs dann das vollendete Bild der menschlichen Keratitis parenchymatosa vorliegt. Histologisch zeigen sich genau dieselben Verhältnisse, wie sie Elschnig für die menschliche Keratitis parenchymatosa beschreibt und in seiner Monographie abbildet. Die Spirochaeta pallida konnten die Autoren nur in einem Falle, und auch da nicht in voller Deutlichkeit nachweisen. Dagegen können sie über einen zwar abortiven, aber ziemlich deutlich ausgesprochenen Impferfolg bei einem Rhesus (Augenbrauenbogen) berichten, der nach Impfung mit Teilen der Cornea, eines Kaninchens mit typischer Keratitis parenchymatosa auftrat. Niemals beobachteten die Autoren jene von Bertarelli beschriebene ulceröse Keratitis.

Scherber wahrt für von Benedek und sich die Priorität der Befunde, gegenüber von Greef und Clausen, welche kürzlich ähnliche Resultate veröffentlichten, ohne die bereits vier Monate früher von Scherber (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 24) über Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen publizierte vorläufige Mitteilung zu beachten. Aus der Zusammenfassung der Resultate zweier ausgedehnter Versuchsreihen folgert der Redner, dafs das Syphilisvirus sich im Kaninchenauge lange Zeit erhält und vermehrt und bei einer bestimmten Art der Impfung im Auge eine der menschlichen Keratitis parenchymatosa völlig gleiche Keratitis erzeugt, welche Keratitis schon klinisch sofort als syphilitische zu erkennen ist. Das Virus scheint seinen Weg durch die Iris zu nehmen und ist die von den Autoren geübte Methode der Impfung durch Einbringung kleiner Partikel luetischen Gewebes in die vordere

Kammer bei gleichzeitiger Verletzung der Iris, zur Erzeugung der Keratitis parenchymatosa die sicherste.

Demonstrationen. Jacobi-Freiburg demonstriert einen **30jährigen Mann zur Diagnose.** Er zeigt gedunsene Schwellung des Gesichts mit livider Färbung derselben. Die Spannung der Haut geht auf Hals, Brust und Rumpf über und ist mit starkem Jucken im Beginne verbunden. Allgemeinbefinden gut. Augenblicklich hat das klinische Bild Ähnlichkeit mit dem einer Röntgenschwellung der Haut. Man sieht Teleangiektasien, Blutungen, Atrophien und Narben. Die Haut ist deutlich sklerosierend. Der Endausgang ist eine narbige Atrophie ohne Geschwürsbildungen, mit eingesprengten Pigmentationen. An den Armen, besonders den Vorderarmen, findet sich eine ausgesprochene Hypertrichosis. Die Kopfhaut zeigt auch Atrophie, Blutungen und Gefäfserweiterungen. Haarwuchs dünn. Die histologische Untersuchung ergibt, dafs die Veränderungen hauptsächlich am Gefäfsnetz sitzen. Aufserdem sind alle Schichten der Haut verdünnt, ebenso ihre elastischen Fasern. Einen ähnlichen Fall hat Dubreuilhs Klinik in den *Annales de dermatologie* unter dem Namen Sclérose atrophique de la peau avec myosite généralisée. Der Vortragende möchte die Bezeichnung Poikilodermia vascularis atrophicans vorschlagen.

Ehrmann-Wien zeigt zu diesem Falle zwei Moulagen aus seiner Klinik mit gewisser Ähnlichkeit, die zum Bilde des Eczema scrophulosorum gehörten. Er glaubt im vorliegenden Falle an eine schwere Intoxikation.

Jadassohn-Bern hat einen Patienten mit genau dem gleichen Befund gesehen und hält den Fall für eine Sklerodermie, wofür die deutliche Atrophie gewisser Muskeln sprächen, ferner das Jucken, der lange Verlauf und die Hämorrhagie. Das Bild des vorbeschriebenen Falles scheint die Abgrenzung einer eigenen Krankheit zu berechtigen.

Kreibich-Graz glaubt an einen akuten allgemeinen Lupus erythematosus.

Derselben Ansicht ist Arndt-Berlin, besonders wegen weifslicher, punktförmiger beziehentlich retikulär angeordneter Läsionen an Wangen-, Gaumen- und Lippenschleimhaut.

Grouven-Bonn demonstriert einen Kranken von 31 Jahren mit **Erythema induratum Bazin.** Bei dem vor drei Jahren erfolgten Eintritt in die Behandlung mit tiefen, braunroten Infiltrationen an den Wangen und subcutanen Knoten an den Oberarmen. Im Beginn der Krankheit fand sich eine periostale Verdickung des Nasenrückens vor mit Bildung von bläulich-roten Knötchen. Eingeleitete spezifische Behandlung zeigte nur im Anfang geringe Einwirkung. An dem Mittelhandknochen beider Hände Verdickungen ohne Knochenerkrankung. Im Kopf der linken Epididymis sind grofse höckerige Anschwellungen. Der Lungenbefund ist auf Tuberkulose verdächtig, doch ohne Tuberkelbazillen. Tuberkulininjektionen und der Tierversuch blieben negativ. Histologisch: Tuberkulöser Bau des Gewebes mit reichlich Epitheloidzellen, spärlichen Spindel-, Rund- und Mastzellen, sowie ab und zu Riesenzellen. Tuberkelbazillen sind in den Schnitten nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Die negativen Tuberkulinreaktionen und Tierexperimente decken sich mit den meisten Beobachtungen bei dieser Erkrankung.

Kreibich-Graz stellt dagegen an dem Kranken die Diagnose Lupus pernio.

Doutrelepont-Bonn ist der Meinung, es müsse genügen, zu sagen, dafs man es mit einer Form der Tuberkulose zu tun hat von nicht tagtäglichem Aussehen.

Ehrmann-Wien hält die Gesichtsveränderungen jedenfalls für einen Lupus hämatogenen Ursprungs.

Grouven-Bonn demonstriert des weiteren ein etwa 18jähriges Mädchen mit **Mibellischem Angiokeratom**, das sich einseitig auf die linke Körperhälfte erstreckt. Die Affektion besteht nicht von Geburt, sondern erst seit sieben Jahren, wo auf Schulter, Brust und Arm linksseitig sich zum erstenmal viele braunrote Fleckchen, die auf Druck abblassen, zeigten.

Kreibich-Graz ist der Meinung, daſs es sich um einen Naevus flammeus handelt.

Baum-Berlin ist derselben Ansicht. Er kann an der Haut der Kranken keinerlei Hyperkeratose fühlen.

Juliusberg-Berlin stellt eine Kranke von etwa 25 Jahren vor, welche im neunten Lebensjahre eine merkwürdige Hautveränderung bekam. Es handelt sich um eine **Akanthosis nigricans**. Als Rest davon sieht man tiefe Narben am Rumpf von Erbsen- bis über Talergröſse. Die Akanthosis ist besonders stark am Abdomen, in der Axilla typisch ausgeprägt, auch an Knie- und Ellenbeugen. Gute Erfolge sah der Vorstellende von der bleichenden Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds.

Cohn-Bern demonstriert (aus der Berner dermatologischen Klinik)

1. einen 71jährigen Mann mit **Mycosis fungoides**; seit 1903 ekzemähnliche Ausschläge am ganzen Körper. Seit einem Jahre polymorphes Exanthem. Ekzematoide Stellen, daneben blaurote, unregelmäſsig figurierte Prominenzen von weicher Konsistenz und Neigung zu Ulcerationen. Beträchtliche Infiltrationen im Corium, atypische Epithelwucherungen;

2. einen 63jährigen Mann mit **generalisierter, exfoliierende Erythrodermie**; seit einem Jahre generalisierte Rötung und Schuppung; an vereinzelten Stellen Nässen, einzelne kleine, derbe und leicht verruköse Knötchen. Starke Drüsenschwellung. Innere Organe auſser Bronchitis normal. Der Blutbefund ist nicht wesentlich von der Norm abweichend. (Pityriasis rubra Hebra?)

Lebet-Bern demonstriert:

1. einen neunjährigen Knaben mit **Sklerodermie** und **Hemiatrophia facialis**;

2. drei Schwestern mit einer **Alopécie en bande**; dies Haarleiden war ohne vorausgegangene Erkrankungen der Kopfhaut aufgetreten.

Lewandowsky-Bern stellt zwei Geschwister, ein Mädchen von etwa 16 und einen Knaben von etwa vier Jahren vor mit **kongenitalen Verhornungsanomalien**. Die Fingernägel waren über ½ cm stark verdickt, an den Schenkeln bestand follikuläre Keratosis, ebenso Leukokeratose der Zungenränder und des Zungenrückens. An den Fuſssohlen starke Schwielenbildung.

Galewsky-Dresden demonstriert:

1. Moulagen einer **Talgdrüsenansammlung auf der Nase von Föten und Neugeborenen**;

2. Moulagen von **Dermatomyomen**, angeordnet etwa im Verlauf der Naevuslinien;

3. Moulagen eines Falles von **Erythema perstans**.

Fabry-Dortmund berichtet an der Hand von Moulagen und Abbildungen über einen ausgedehnten Fall von **Hautblastomykose**. Er konnte eine spärliche Zahl von Erregern nachweisen. Reinkulturen miſslangen. Der Beginn der Läsion erinnert an kleinste Akneknötchen. Die groſsen Tumoren zeigen eine schwammige Beschaffenheit mit Durchbrüchen granulöser Gebilde. Ihre braunrote Färbung ist bezeichnend.

Es folgt hierauf die Demonstration einer Moulage von **Lymphangioma cysticum scroti**.

Nobl-Wien demonstriert Moulagen von einem zehnjährigen Knaben mit **Pemphigus successive à kystes épidermiques**.

Fortsetzung der Diskussion zu Neisser-Metschnikoffs Vorträgen.

Blaschko-Berlin will nicht allen Segen von der experimentellen Forschung erwarten. Er erinnert an einen Zustand der Haut, der auch eine gewisse Immunität darstellen muſs, nämlich das Auftreten nur einer Sklerose bei Massentätowierung durch Syphilitische. Von dem einzigen Primäraffekt aus wird dann wohl die übrige Haut immunisiert. Der Zeitpunkt, wann die Syphilis konstitutionell wird, läſst sich bis auf den heutigen Tag noch nicht fest bestimmen. Die drei Faktoren, von denen Neisser spricht, Spirochätenüberschwemmung, Umstimmung der Gewebe und Immunität, kommen nicht notwendigerweise zusammen vor. Übrigens ist die Syphilis gar keine rein konstitutionelle Erkrankung wie etwa Gicht oder Diabetes, sondern eine chronisch intermittierende Infektionskrankheit. Im Gegenteil kann jemand sogar Spirochäten beherbergen, ohne daſs ein Zeichen der Syphilis an seinem Körper besteht.

Ehrmann-Wien hat bei syphilitischen Kranken Impfversuche mit dem eigenen Virus künstlich erzeugt. In zwei Fällen fand er in ihnen zahlreiche Spirochäten. Die sogenannten Abklatschpapeln werden in Wirklichkeit gar keine Reizerscheinungen, sondern Autointoxikationen darstellen.

Nobl-Wien hat über **Syphilisübertragung durch die Impfung** experimentelle Untersuchungen angestellt. Er beobachtete die Symptomenbilder der Vaccine beim Syphilitischen der frühen Perioden und bei solchen Personen, die latent syphilitisch waren, sowie bei solchen mit flüchtigen Exanthemen und später Lues. Die Mehrzahl der Untersuchten hatte bereits zweimal Vaccination durchgemacht. Die neuen Vaccinepusteln kamen am fünften Tage zur Exzision und Spirochätenuntersuchung. Das Bild der Impfpusteln war das typische. Spirochäten wurden nie gefunden. Einzelne der Exzisionsstellen der Kranken verwandelten sich beim Ausbruch des Ausschlages oder zur Zeit des Auftretens von Rückfällen in spezifische Infiltrationen. Ein Abimpfen von den Vaccinepusteln bei Syphilitischen dürfte nach diesen Versuchen Nobls die Syphilis nicht übertragen.

Van Niessen-Wiesbaden empfindet noch das Fehlen reinen Impfmaterials bei der experimentellen Syphilisforschung als einen merklichen Mangel. Es muſs nach Kochs Forderungen frei von Beimengungen des Tierkörpers sein. Im übrigen bleibt er dabei, daſs das von ihm angegebene Kleinlebewesen der Erreger der Syphilis ist. Durch Einspritzungen von Reinkulturen derselben unter die Haut von Kaninchen hat er typische Exantheme erzeugen können. Ein Versuchstier dieser Art, am Ohrläppchen geimpft, wird vom Vortragenden demonstriert.

Hoffmann-Berlin hat drei Fälle von **positiven Blutimpfungen** beobachtet. Im ersten Falle fand er bei einem Menschen noch 24 Jahre nach der Infektion Spirochäten, und zwar in einem gummösen Prozeſs. Bei einem Affen sah er eine sukzessive Brustwarzensklerose, die sich das Tier durch Kratzen an einem Primäraffekt an seiner Augenbraue autoinokuliert hatte. Die Spirochaeta pallida sei noch sechs Monate nach der Infektion im Blutkreislauf gefunden worden. Hoffmann berichtet darauf auch über seine Versuche, Molluscum contagiosum, Papillome und Warzen experimentell auf Affen zu übertragen.

(Fortsetzung folgt.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 9. 1. November 1906.

Aus der Klinik für Dermatologie in Graz.

Ein Fall von Erythema perstans faciei (Erysipelas perstans faciei KAPOSI.)

Von

Prof. Dr. K. KREIBICH.

Mit einer Figur im Text.

Wir berichten im folgenden über einen Fall dieser seltenen Erkrankung:

E. W., Arbeiterin, 32 Jahre alt, zwei Kinder, bei jeder dieser Graviditäten Störungen seitens des Magens und Erbrechen bis zum vierten Monat. Gegenwärtige Erkrankung begann vor zwei Monaten mit Jucken über den ganzen Körper, gegen welches ärztlicherseits eine seifenartige Salbe verordnet wurde, nach welcher angeblich zuerst ein Ausschlag auf dem rechten Oberarm und später im Gesicht aufgetreten sei. Im übrigen war Patientin bislang gesund, keine Störungen seitens der Lunge.

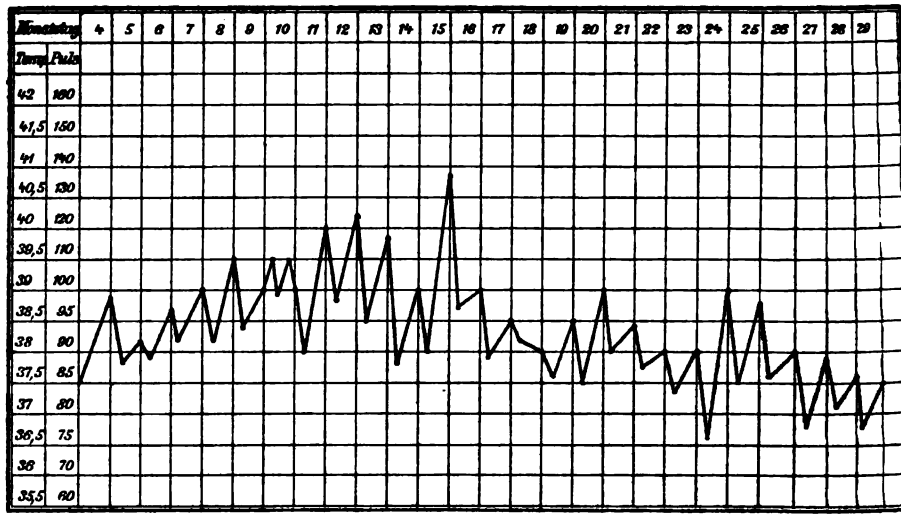
Status praesens und Decursus: 23. März 1906. In vollkommen symmetrischer Weise die Haut des Gesichtes über beiden Wangen gerötet, leicht ödematös, dadurch etwas gespannt, oberflächlich glänzend und in ihrer Temperatur erhöht. Die Farbe ist nicht mehr so hellrot wie bei akuter Entzündung, aber auch nicht lividrot wie bei sich rückbildender Dermatitis, sondern zeigt jenen Farbenton, wie er sich bei akut einsetzenden und später durch die gleiche Ursache auf derselben Höhe erhaltenen Entzündungen findet; mäfsiges Ödem der Augenlider. Die Wangenherde reichen beiderseits bis zum Kieferrand und lösen sich daselbst in kleine Knötchen und diskrete Flecke auf; beide Wangenherde sind durch einen über die Oberlippe ziehenden Streifen von gleicher Beschaffenheit mit einander verbunden. Sie konfluieren ferner über der Nase, von hier aus setzt sich der konfluierte Herd auf die Glabella fort und endet daselbst wieder mit kleinen Flecken und Knötchen; beide Ohrläppchen gerötet, ödematös geschwollen; hinter dem Ohr eine länglich impetiginöse Borke von kleinen Knötchen und Flecken umgeben. Temperatur normal. Diachylonsalbenverband.

25. März. Langsame Zunahme der Ödeme im Augenlid. Verband mit Liquor. Burowii.

30. März. Das Gesicht in der beschriebenen Ausdehnung stärker gerötet, stärker geschwollen und ödematös, das Ödem ziemlich derb, Fingerdruck nicht besonders deutlich zu erzielen, Farbe etwas lebhaft gelblichrot. Temperatur 36,6.

4. April. Die Schwellung des Gesichtes hat weiter zugenommen, an den Beugeflächen der Finger treten bläulichrote Knötchen auf. Temperatur gegen Abend 38,9.

5. bis 7. April. Fieber anhaltend (vergleiche Fieberkurve). Die entzündliche Schwellung des Gesichtes hat einen hohen Grad erreicht, die ödematösen Augenlider können nicht mehr geöffnet werden. Die Grenzen der Erkrankung sind ziemlich die gleichen geblieben, nur sind die Wangenherde mit der Erkrankung des Ohres konfluiert, und handbreit hinter dem Ohr sind neue diskrete Flecke und Knötchen aufgetreten; nach abwärts begrenzt sich die Erkrankung noch immer mit dem Kieferrand; das Kinn ist erkrankt und bildet einen separaten Krankheitsherd. Ähnlich wie hinter den Ohren ist die Erkrankung auch auf der Stirne etwas weiter emporgerückt, doch nicht durch Vorrücken der bereits konfluierten Grenze, sondern durch Auftreten ähnlicher Effloreszenzen wie hinter dem Ohr. Sie stellen sich dar als anfangs rosarote, später etwas intensiver rote Flecke, die in der Mitte zu einem ähnlich gefärbten Knötchen sich erheben, in dessen Mitte wieder ein schmutzig bräunlich-roter Punkt auftritt, der durch eine etwas hämorrhagisch imbibierte parakeratotische Schuppe gebildet zu sein scheint. Erst dadurch, daſs die periphere Rötung intensiver wird, persistiert und neue Effloreszenzen dazwischentreten, kommt es zu konfluierten Herden, die, falls sie zu dem früheren Krankheitsherd stoſsen, zu seiner Verbreiterung führen.



In der Hohlhand beiderseits unter der dicken Hornschichte gelegene, linsengroſse, rote, in der Mitte leicht knötchenartig erhabene Effloreszenzen mit einem zentralen hämorrhagischen Punkt (hämorrhagische Borke, oder kleinstes Bläschen); diese Effloreszenzen nehmen sehr bald eine lividrote Farbe an. Auf dem Hand- und Fingerrücken zahlreiche Gruppen von Knötchen, von gleichem Aussehen wie an der Stirne, — blaſsroter Hof, etwas dunkleres, mittleres Knötchen mit braunem Börkchen — Fieber (cf. Tabelle) die ganze Zeit anhaltend (38—39).

9. April. Über dem Kinn, über den Ohrläppchen, hinter den Ohren tritt ein weiſsgelber, festhaftender diphterischer Belag auf. Temperatur 38,5—39,1. Urin $^1/_2$ ‰ Album. Die geschlossene Grenze der erkrankten Partie immer die gleiche, aber auch von diskreten Effloreszenzen sind keine neuen hinzugekommen, die ödematöse Spannung im Gesicht etwas vermindert. An den Extremitäten haben sich die peripheren Höfe der Effloreszenzen etwas rückgebildet, dadurch treten die persistierenden, zentralen Knötchen deutlicher hervor.

12. April. Die croupösen Beläge etwas eingesunken, deutlich an der Basis festhaftend. Über der Nase und über dem Kinn treten neue impetiginöse Beläge auf. Desgleichen neben einer Exzisionswunde auf der rechten Wange. Bevor es zur Kruste kommt, wird die Epidermis abgehoben und in den Blasenraum treten von unten her Fibrin, Serum, Eiterzellen ein. An der Hand neue Effloreszenzen von dem bereits beschriebenen Typus; in der Hohlhand einige ziegelrote, wenig scharf begrenzte Flecke. Über der Olecranongegend beiderseits ist eine talergroſse erythematösgerötete, ödematöse Stelle aufgetreten. Injektion von 1 mg Alt-Tuberkulin, keine Lokalreaktion an den Effloreszenzen und an der Injektionsstelle. Allgemeinreaktion wegen fortbestehendem Fieber (38,7—40,2) nicht meſsbar. Urin $^1/_2$ ‰ Albumen, hyaline und granulierte Cylinder spez. Gewicht 1027.

13. April. Ödem der Augenlider wieder stärker, auch das Ödem in der Unterkiefergegend vermehrt. Hinter beiden Ohren sind die diskreten Effloreszenzen jetzt konfluiert. Temperatur 38—39,8.

15. April. Effloreszenzen in der Hohlhand zu gröſseren Herden konfluiert, an beiden Vorderarmen zahlreiche hanfkorngroſse Knötchen von dem bereits wiederholt beschriebenen Typus aufgetreten; dort, wo in der Folge mehrere solcher Knötchen zu einer Gruppe zusammentreten, umschlieſsen sie eine festhaftende Schuppe, nach deren Abhebung eine feuchte Stelle mit freiliegendem Cutisgewebe sichtbar wird. In der Glutaealgegend eine ausgebreitete, fast vollkommen symmetrische Eruption von lividroten erythematösen Flecken, jedoch ohne zentrale Knötchen und Börkchen; hingegen scheint über denselben die Verbindung zwischen Cutis und Epidermis gelockert zu sein. Über dem harten Gaumen, an der Wangenschleimhaut fleckenförmige Stellen, über welchen das Epithel abgehoben ist und in Form weiſser Beläge teils noch locker anhaftet, teils vollständig abgängig ist, wodurch die gerötete, eitrig belegte oder an manchen Stellen auch schon wieder in Überhäutung begriffene Basis sichtbar wird. Hustenreiz, etwas blutiges Sputum rühren von ähnlichen Stellen an der Epiglottis her. Temperatur 37,8—38,5.

18. April. Erbrechen. Im Sputum keine Tuberkelbazillen.

19. April. Temperatur 37,6. Patientin fühlt sich besser, Schwellung des Gesichtes stark abgenommen, Beläge abgestoſsen; Erytheme der Glutaealgegend schuppend. Entfernt man die Schuppe in der Mitte konfluierter Herde, so bildet sich ähnlich wie im Gesicht auch hier eine festhaftende fibrinöse Borke.

An der Vorderfläche des Halses, über dem ganzen Rücken, über der Brust sind zahlreiche neue Effloreszenzen aufgetreten. Sie bestehen aus wenig scharf begrenzten, äuſserst zart-roten Erythemen, die sich um den Follikel ausbreiten, der Follikel selbst hebt sich als Knötchen stärker hervor, und in seiner Mitte tritt ein schmutzig bräunliches, etwas in das Knötchen zurücksinkendes, anscheinend parakeratotisches Börkchen auf.

24. April. Die Farbe sämtlicher Effloreszenzen mit Ausnahme der neuen, auf Hals, Brust und Rücken stark abgeblaſst, in eine schmutzig gelbe oder leicht livide Pigmentation übergehend. Temperatur 36,9—39,0. Injektion von 1 mg Alt-Tuberkulin, keinerlei Reaktion.

6. Mai. Patientin seit acht Tagen fieberfrei, Erytheme und Knötchen am Rücken und an der Brust noch fortbestehend, die übrigen Erscheinungen, wie bereits beschrieben, rückgebildet. Patientin verläſst die Klinik und stellt sich am 31. Mai ambulatorisch vor. Nach ihrer Angabe soll sie zu Hause öfter gefiebert haben, und die Entzündung im Gesicht sei immer wieder aufgetreten, wenn sie sich stark mit kaltem oder warmem Wasser wäscht. Momentan ist das Gesicht in der gleichen Ausdehnung wie früher, wieder stärker gerötet, derb-ödematös geschwollen, Ödem der

Augenlider; über der Nase festhaftende schmutziggrau, fettigbröckelige Schuppen, desgleichen über dem Kinn. An Stelle der Herde in der Hohlhand eingesunkene, stärker glänzende, bläulich rote, anscheinend atrophische Flecke, daneben aber auch neue Herde.

7. Juli. Patientin soll seit dem 31. Mai zu Hause wiederholt gefiebert haben. Derzeit ist das auffallendste Symptom ein sackartiges, glasiges, offenbar schon längere Zeit bestehendes Ödem der unteren Augenlider, Fingerdruck tief zu erzielen, das Ödem macht den Eindruck eines Stauungsödems, hervorgerufen durch die vorausgehende Erkrankung der Haut. Es bleibt durch die folgenden Wochen in gleicher Stärke bestehen. Das übrige Gesicht zeigt folgende Veränderung: Die Haut ist immer noch etwas verdickt, immer noch etwas stärker hyperämisch, dabei ist die Farbe an den abhängigen Partien am Kieferrand, an den Ohrläppchen, an den Stellen, wo die Beläge waren, cyanotisch, fast blaugrau. Das ganze Gesicht ist mit Schuppen bedeckt; dieselben sind über den Wangen schmutzig weifslich, über dem Kinn und der Nase fettig bröckelig, dabei fast warzenartig graugrün, festhaftend und schwer ablösbar.

An Stelle der früheren Affektion hinter beiden Ohren finden sich jetzt schmutzig gefärbte, fettige lamellöse Schuppen, nach deren Abhebung gleichgrofse, äufserst seichte, atrophische Depressionen zurückbleiben. Daneben finden sich direkt weifse atrophische Stellen, von welchen die Schuppen bereits abgefallen sind. Gleiche Stellen, vielleicht noch deutlicher wie hinter den Ohren, finden sich in grofser Zahl auch auf dem Rücken, auf der Brust; neben diesen oft erbsengrofsen Atrophien zeigen auch zahlreiche Follikeltrichter eine deutliche Erweiterung und Depression, allerdings nur jene, welche Sitz der follikulären Knötchen gewesen sind. In der Hohlhand zahlreiche blaurote Stellen mit einer verdünnten, glasig glänzenden Epidermis überzogen, darunter deutliche Atrophie der Cutis. In der Fufssohle unter stark gedrückten Stellen lividrote, schmerzhafte Erytheme.

In der Mundschleimhaut einige überhäutete und jetzt mit verdicktem, weifslichem Epithel überzogene Stellen, daneben frische, mit Abhebung desselben. Weiter hinzugekommen ist eine fast an vollständige Kahlheit grenzende Alopecie. Die spärlichen, noch vorhandenen Haare leicht ausziehbar. Daneben ist das ganze Capillitium mit den gleichen schmutzig-grauen, etwas fettigen Schuppen bedeckt, und die Kopfhaut zeigt die gleiche Beschaffenheit wie die Haut im Gesicht. Es handelt sich hier also nicht um blofsen postfebrilen Haarausfall, sondern die Kopfhaut dürfte in der Zeit vom 31. Mai bis 7. Juli in gleicher Weise wie das Gesicht erkrankt gewesen sein, und eine gewisse atrophische Beschaffenheit der Haut läfst bezüglich der Regeneration der Haare eine schlechte Prognose stellen.

Nach etwa zweiwöchentlichem Aufenthalt in der Klinik waren mit Ausnahme der Alopecie, einer diffusen, schmutzigfetten und entstellenden Verfärbung der Gesichtshaut, der sackartigen Ödeme der unteren Augenlider, die Erscheinungen, besonders auf dem Körper wieder im Rückgang, in der dritten Woche traten jedoch wieder neue Erscheinungen auf, die sich in der Folgezeit rasch vermehrten, so dafs Patientin beim Abschlufs dieses Berichtes, etwa $4^1/_2$ Monate seit dem Beginn der Erkrankung, folgenden Zustand aufweist: Alopecie und obige Veränderung der Gesichtshaut, Ödem der Lider fortbestehend, die ganze Vorderfläche des Stammes dicht mit meist follikulären, lebhaft roten Knötchen besetzt, in deren Mitte etwas eingesunken der Follikelausführungsgang liegt, die gesamte Rückenhaut von einem anscheinend diffusen, zartroten Erythem eingenommen, aus welchem sich allmählich ähnliche Knötchen, wie an der Vorderfläche des Stammes herausheben, zwischen diesen deutliche eingesunkene, linsengrofse atrophische Stellen, in grofser Zahl sowohl am Stamm vorn,

als namentlich am Rücken, woselbst sie vom Nacken bis zur Kreuzbeingegend zu finden sind. Gravidität im sechsten Monat. Kindesbewegungen deutlich.

Histologisch zeigen drei excidierte Hautstücke die Veränderung einer subakuten Dermatitis mit verschiedener Rückwirkung auf den Papillarkörper und Epidermis.

Ein Stück des Erythema perstans, aus der linken Wange excidiert, zeigt mäfsig dichtes perivasculäres Infiltrat und eine mäfsige Vermehrung der nicht perivasculären fixen Bindegewebszellen. Zahl der Mastzellen nicht besonders erhöht. Bindegewebe etwas gequollen und durch interstitielles Ödem auseinander gezogen, in den Spalten da und dort zarte Fibrinnetze. Stellenweise die Infiltratzellen zu dünnen, fädigen Gebilden komprimiert. Die Epidermis durch zahlreiche kleinste subepitheliale Blasenräume abgehoben, hier etwas in ihrem Gefüge gelockert; dort, wo die Epidermis der Cutis noch aufliegt, durch die Spannung verdünnt, zapfenlos in die Länge gezogen, die Färbbarkeit der Zellkerne aber nur wenig herabgesetzt; kolliquative Veränderungen in ihr finden sich nicht. In den Bläschen Fibrin und wenig Rundzellen. Die Bläschenbasis wird durch die abgedrängte Papillarschicht mit undeutlichen gefärbten elastischen Fasern gebildet. Um die Follikel das Infiltrat reichlicher als in der Umgebung. In zwei kleinen Effloreszenzen des Stammes ebenfalls die Zeichen einer subakuten banalen Entzündung mit geringerem Odem und reichlicherem Infiltrat, als im Erythema perstans des Gesichtes. Stärkere Vermehrung der fixen Bindegewebszellen und reichliche Fibrinnetze zwischen den Bindegewebsbündeln. Die Epidermis bereits in der frischeren Effloreszenz verdünnt, gespannt, Retezapfen nur angedeutet, in der Basalzellenreihe an manchen Stellen Lockerung. In der älteren Effloreszenz eine schon klinisch atrophisch erscheinende Stelle, in welcher die Epidermis als eine dünne, glatte Leiste über die Cutis hinwegzieht. An den elastischen Fasern selbst keine besonderen Veränderungen, doch längs derselben in den Bindegewebsspalten eine mit Hämatoxylin sich blaufärbende Masse, die als Ausdruck eines länger bestehenden Ödems gedeutet werden mufs.

Aus obigen klinischen und anatomischen Tatsachen ergibt sich unter Heranziehung bereits beschriebener ähnlicher Fälle kurz folgendes: Die Erkrankung ist eine akut einsetzende erythematöse Entzündung mit intensiverer Gefäfsschädigung (fibrinöses Exsudat, fibrinöser Schorf), die unter Beibehaltung derselben anatomischen Veränderung zur Atrophie des Papillarkörpers führt. In der häufigsten Form erscheint diese Entzündung als hanfkorngrofses erythematöses Knötchen; auch das Erythema perstans faciei vergröfsert sich durch randständige ähnliche Knötchen, die später durch diffuse Rötung und Ödem miteinander konfluieren; die Erkrankung des Gesichtes und des Stammes sind somit Ausdruck des gleichen Krankheitsprozesses. Seine anatomischen Veränderungen stimmen mit jenen des Lupus erythematosus corporis in den akuteren Formen überein, und es liegt somit in obigem Falle die akute Form jener Erkrankung vor, welche chronisch zum Lupus erythematosus führt. Die solitären follikulären Effloreszenzen des Stammes zeigen, wie bereits andere Autoren hervorgehoben haben, Ähnlichkeit mit Lichen scrophulosorum. Die Ähnlichkeit ist aber nur eine entfernte, insofern die Knötchen ähnlich, wie der Lupus erythematosus, immer lebhaft rot erythematös bleiben, bei der Rück-

bildung eine cyanotische Farbe annehmen, insofern das Infiltrat immer banal bleibt, keine epitheloiden und Riesenzellen auftreten und insofern endlich die Knötchen nicht auf Tuberkulin reagieren, auch mit Folliclis dem „Lupus erythematosus disseminatus Boeck", den Jadassohn mit Recht vom Lupus erythematosus abtrennt, besteht nur eine entfernte Ähnlichkeit, nämlich dann, wenn mehrere Knötchen eine etwas eingesunkene Borke begrenzen und auf die Borke dann Atrophie folgt. Zum Unterschied von der Folliclis zeigen aber die Knötchen selbst nicht jene tiefere Nekrose, welche bei der Folliclis zur Nekropustel und zur zentralen Narbe führt, sondern die Atrophie ist Folge des Erythems im Papillarkörper.

Als Besonderheiten obigen Falles wären hervorzuheben, daſs vor Ausbruch des Erythema perstans kein chronischer Lupus erythematosus bestand. Die Ursache der Erkrankung ist nicht in einer äuſseren Schädlichkeit zu suchen, wohl aber bewirken äuſsere Reize eine Steigerung der bereits bestehenden Entzündung und bestimmen durch Erzeugung einer traumatischen Hyperämie im weitesten Sinne die Lokalisation neuer Herde. Darauf sind die beiden breiten Erytheme über dem Olecranon, über der Patella, in der Fuſssohle und das starke Befallensein der linken Schultergegend, auf welcher Patientin einige Wochen hindurch fast vorwiegend lag, zurückzuführen; so ist auch die Verschlechterung nach Seifenwaschung zu erklären, und ist die Angabe der Patientin, daſs der Ausschlag des Gesichtes erst nach Anwendung einer seifenartigen Salbe stark hervorgetreten sei, nicht vollkommen von der Hand zu weisen. Es vollzog sich hier bei der akuten Erkrankung das gleiche, was wir auch beim chronischen Lupus erythematosus oft sehen, Steigerung der entzündlichen Veränderungen nach mechanischer oder medikamentöser Hyperämie, oder was aus zahlreichen, von Jadassohn so erschöpfend gesammelten Fällen der Literatur hervorgeht, Auftreten von Herden an hyperämisierten Stellen, als da sind Lup. eryth. nach Wunden, Insektenstichen, Verbrennung, Vesicanspflaster, nach Radiotherapie, an der Schleimhaut bei Rauchern usw. Die wahre Ursache ist in diesen äuſserlichen Reizen nicht zu erblicken, sie ist offenbar in inneren Vorgängen zu suchen. Über dieselbe konnte uns auch obiger Fall keinen Aufschluſs geben, obwohl ätiologische Untersuchungen in den verschiedensten Richtungen vorgenommen wurden. Sie mögen kurz Erwähnung finden:

Für eine Beziehung der Erkrankung zur Tuberkulose ergaben sich aus denselben keinerlei Anhaltspunkte. In den exzidierten Hautstücken fanden sich in zahlreich untersuchten Schnitten keine Tuberkelbazillen, die Umgebung der Exzisionswunden ist heute in eine glatte atrophische Narbe ohne sonstige krankhafte Veränderung umgewandelt. Es wurden bei der Patientin vier Venaepunktionen vorgenommen. Bei dem ersten Aderlaſs wurden je 2 ccm des noch nicht geronnenen Blutes rasch drei Meerschweinchen intraperitoneal injiziert, bei dem zweiten Aderlaſs wurde die

gleiche Menge Blut zwei, und je 3 ccm ebenfalls zwei Meerschweinchen intraperitoneal injiziert. Beide Aderlässe fielen in die Zeit des höchsten Fiebers, sämtliche Tiere blieben gesund. Von dem Aderlafsblut wurden weitere je 5 ccm in Kolben mit Glycerinbouillon verimpft. Die Kolben blieben steril, desgleichen gewöhnliche Bouillon, Agar, Serumagar, Gelatine. Zur Zeit des dritten und vierten Aderlasses war Patientin bereits fieberfrei, aber es traten noch fortgesetzt neue Erytheme auf. Von dem abgesetzten Serum wurden je zwei Mäusen 1, 2, 3 ccm intraperitoneal injiziert. Die Tiere zeigten weder unmittelbar noch später Krankheitssymptome. Das Tage hindurch im Thermostaten belassene Serum blieb steril. Im Sputum der Patientin fanden sich niemals Tuberkelbazillen. Nach drei Injektionen von 1—2 mg Alt-Tuberkulin trat weder Allgemein- noch Lokalreaktion an den Krankheitsherden und der Injektionsstelle auf. Nach Ablauf des Fiebers nimmt die Patientin wieder rasch zu, fühlt sich relativ wohl, zeigt klinisch keine Spuren von Tuberkulose. Nebenbei sei bemerkt, dafs die Gruber-Vidalsche Probe zweimal negativ ausfiel.

Diese Untersuchungsergebnisse beweisen zwar absolut nichts gegen eine parasitäre Ätiologie, sie sind aber der Annahme einer solchen auch nicht günstig und lassen, soweit Tuberkulose in Betracht kommt, dieselbe mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit ausschliefsen.

Dazu kommt weiter, dafs das Erythema perstans bereits über eine Woche bestand, ehe Fieber auftrat, wäre also das Erythem die Folge irgendeiner Bakterienaussaat, so ist jedenfalls auffallend, dafs das Fieber erst auftrat, wo das Erythem schon auf seiner Höhe stand.

Noch viel weniger beweisen natürlich negative Untersuchungsergebnisse in bezug auf das Vorhandensein einer Intoxikation. Der Urin enthielt nur zur Zeit des höchsten Fiebers geringe Mengen von Eiweifs, es fand sich niemals Indikan, in der fieberlosen Zeit auch kein Aceton. Ob zur Zeit des Erbrechens Oxybuttersäure vorhanden war, wurde nicht untersucht, später war keine vorhanden. Zur Zeit des Fiebers besafs der Urin ähnlich wie Verbrennungsharn für Mäuse intraperitoneal toxische Eigenschaften, später fehlten dieselben. Auffallend war das reichliche und konstante Vorhandensein von Fett im Serum auch nach kleinen Mahlzeiten. Das Aderlafsserum war, wenn Patientin nüchtern blieb, klar, aber schon nach unbedeutender Nahrungsaufnahme intensiv milchig-trüb, und zwar wie wir uns durch Schröpfkopf oder aus der Fingerbeere überzeugten, regelmäfsig. Durch Verarbeitung des alkohollöslichen Teiles des Blutserums konnten reichliche Mengen von Substanzen erhalten werden, die Äroleinreaktion gaben und die andererseits nach Verseifung mit alkoholischem Kalium in Wasser schwer lösliche Barytsalze lieferten, aus welchen die freien Fettsäuren (in Äther löslich) erhalten werden konnten. (Untersuchung ausgeführt in dem physiologisch-chemischen Institut.) Wir erwähnen diese Tatsache nur aus dem Grunde, weil dieser Fettgehalt des Blutserums, der beim Pferd sich häufig findet, bei Menschen, wie wir uns aus zahlreichen, zu anderen Zwecken vorgenommenen Serumproben überzeugen konnten, doch recht selten ist. Vielleicht hängt die Erscheinung in

diesem Falle mit der Gravidität zusammen, welche überhaupt das einzig pathogenetisch und ätiologisch verwertbare Moment in der Beurteilung des Falles darstellt. Patientin litt bei ihren früheren zwei Graviditäten bis zum dritten und vierten Monat an heftigem Erbrechen, auch bei der gegenwärtigen Schwangerschaft bestand dasselbe bis zu dieser Zeit, und etwa um dieselbe Zeit begann die Hauterkrankung. Die Vermutung, dafs vielleicht durch Absterben der Frucht eine Infektion oder Autointoxikation bewirkt wurde, wird durch den Fortgang der Gravidität nicht bestätigt. Es ist natürlich nur Sache weiterer Vermutung, ob man nun doch ein Toxin vermutet, ob man annimmt, dafs dasselbe nach Art einer toxischen Metastase oder durch Reizung vasomotorischer Centra wirkt, oder ob man endlich in dem Lupus erythematosus ein atrophisierendes Erythem, anfangs toxisch-angioneurotischer, später rein angioneurotischer Natur erblickt. Wenn wir uns letzterer Hypothese zuneigen, so geben wir zu, voreingenommen zu sein, weil wir in dem Umstand, dafs Lupus erythematosus Entzündung ist, kein Hindernis gegen die Annahme seiner angioneurotischen Natur erblicken, andererseits mufs aber zugegeben werden, dafs gerade bei dem Lupus erythematosus die vorhandenen Tatsachen noch nicht ausreichen, um diese Hypothese genügend zu stützen, wenn auch zahlreiche Vorkommnisse bei ihm sich leichter durch dieselbe erklären lassen, allerdings nur unter der Annahme einer indirekten Reizung vasomotorischer Centra durch verschiedene zentripetale Erregungen. Es würden sich, wie auch JADASSOHN hervorhebt, leichter erklären lassen, die symmetrische Lokalisation in der „Flush area", der Stelle der Acne rosacea, die urticariellen pemphigoiden Formen, das Erythema perstans, die familiäre Disposition, das häufige Auftreten bei Frauen mit Erkrankungen der Genitalien (in obigem Fall Gravidität) nach Magen- und Darmerkrankungen, Tatsachen, die in die Theorie einer bestimmten Infektion ebensowenig hineinpassen, wie die zweifellos häufige Kombination von Lupus erythematosus mit Tuberkulose.

Über Purpura senilis.

Klinische und histologische Studie

von

Dr. Pasini,
Privatdozent für Dermatologie in Mailand.

Im Jahre 1896 lenkte Unna die Aufmerksamkeit der Spezialisten auf eine im Anfange des letzten Jahrhunderts von Bateman beobachtete und beschriebene Dermatose, die aber seither in vollständige Vergessenheit geriet wegen der irrtümlichen Ansichten die über dieselbe unter den Dermatologen der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts herrschten. Es handelt sich nämlich um die Purpura senilis.

Trotz der lobenswerten Bemühungen des Hamburger Dermatologen gelang es demselben doch nicht, der Purpura senilis ihre wohlverdiente Stelle unter den selbständigen Dermatosen zu verschaffen. Dies zeigt sich schon in der Tatsache, dafs die zahlreichen Lehrbücher der Dermatologie, die im Verlaufe der letzten Jahre erschienen, stillschweigend über dieselbe hinweggehen.

Ein typischer Fall dieser Affektion steht nun seit zwei Jahren in meiner Beobachtung und möchte ich denselben hier gleichzeitig mit einigen anderen mit neuen klinischen und histologischen Tatsachen als Beitrag zur Kenntnis der Dermatose der Öffentlichkeit übergeben.

Im ganzen verfüge ich über ein Material von 13 Fällen. Von den 2325 Patienten, die ich im Ospedale Civico zu Parma und am Ospedale Maggiore zu Mailand zu untersuchen Gelegenheit fand, hatten 957 das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Von diesem Alter an wird nämlich die Krankheit gewöhnlich beobachtet.

Ich lasse zuerst eine kurze Übersicht des bereits über die Affektion Bekannten folgen und werde sodann zu meinen eigenen Untersuchungsresultaten übergehen.

Bateman war der erste der diese Dermatose beschrieben und sie als Purpura senilis bezeichnet hat. Er erwähnt sie bei der Besprechung der Werke von Willan und stellt für dieselbe eine fünfte Purpuravarietät auf, weil er unter den vier anderen Varietäten (Purpura simplex, haemorrhagica, urticans, contagiosa) für sie keine Stelle fand. Damit sollen die verschiedenen Arten „einer Eruption von kleinen, punktförmigen Fleckchen,

von purpurroter Färbung, zum Teil isoliert, begleitet von allgemeinem Unwohlsein, Schwächegefühl und Schmerzen in den Gliedern" bezeichnet werden.

Die Beschreibung von BATEMAN ist eine so genaue, dafs ich nicht umhin kann, sie hier wiederzugeben: „Als Purpura senilis bezeichne ich jene Varietät von Purpura, von der ich nur wenige Fälle bei Frauen in höherem Alter beobachtet habe. Die Prädilektionsstelle dieser Affektion ist die Streckseite der Vorderarme, wo sie in der Gestalt von purpurbraunen Flecken auftritt, die sich aneinanderreihen, eine unregelmäfsige Form zeigen und verschiedene Dimensionen haben. Jeder Fleck dauert eine Woche bis zehn oder zwölf Tage, bis zur Resorption des extravasierten Blutes. In einem Falle folgten sich die Ecchimosen in ununterbrochener Weise während eines Zeitraumes von zehn Jahren, in einem anderen war die Dauer eine kürzere; in allen Fällen behält die Haut des Armes eine braune Färbung. Der allgemeine Gesundheitszustand leidet unter dieser Affektion in keiner Weise. Abführmittel und Aderlässe, die ich in einem Falle wegen der aufserordentlichen Härte des Pulses verordnete sowie Tonica oder irgendwelche andere Medikamente üben gar keinen Einfluſs auf die Eruption aus."

BATEMAN fühlte ganz richtig die Notwendigkeit, diese Varietät von Purpura von den übrigen WILLANschen Purpurae loszutrennen, indem erstere niemals von allgemeinen Reaktionserscheinungen begleitet ist, weil die Flecke fast immer grofse Ausdehnung haben, auf einzelne, bestimmte Körpergegenden beschränkt und nur in spärlicher Anzahl vorhanden sind, während sie bei den anderen Varietäten nur klein und diffus über die Körperoberfläche in unregelmäfsiger Weise verteilt sind.

BAYER stimmt nur insofern nicht mit BATEMAN überein, als nach seinen Erfahrungen die Dauer der Purpuraflecken etwas gröfser ist als sie BATEMAN angibt. Er betont ferner, dafs man diese Varietät ja nicht mit der Purpura simplex verwechseln dürfe, die hier und da bei älteren Individuen auftritt.

Trotz der genauen Beschreibung von BATEMAN und der Warnung von BAYER haben sich die späteren Dermatologen kein einstimmiges Urteil über die Wichtigkeit der neuen Affektion bilden können. Während sie nämlich die einen, wie WILSON, FUCHS, SCHÖNLEIN und KLEINHANS als wohl umschriebene, selbständige Dermatose erkannt haben, sind TIECKE, CAZENAVE und SCHEDEL, DEVERGIE, SIMON, dem Beispiele GREENS folgend, der Ansicht gewesen, dafs die Purpura senilis weiter gar nichts Besonderes an sich habe, als dafs sie bei Individuen in höherem Alter beobachtet wurde. Auffallend ist dabei, dafs diese Autoren selbst keine Fälle dieser Art beobachtet haben, wobei sie instand gesetzt worden wären, ihre Behauptungen durch klinische Tatsachen zu erhärten.

Eine ganz neue Interpretation hat die Wiener Schule in der Person von REDER der Purpura senilis von BATEMAN gegeben. Bei der Behandlung des Artikels „Hämorrhagien" im Handbuche von HEBRA spricht dieser Autor von „einer von WILLAN beschriebenen Form von Purpura, die bei Greisen, vornehmlich an den unteren Extremitäten, auftritt und sich durch die lange Dauer der Plaques, die beständig rezidivieren, auszeichnet". Er zählt sie zu den Blutextravasaten, die ihre Entstehung Störungen aus mechanischen Ursachen verdanken. Er fügt bei, dafs ein Fall von WILLANscher Purpura durch BATEMAN beschrieben worden ist und dafs dieser Autor hauptsächlich darauf besteht, dafs die Purpura senilis nicht mit der Purpura simplex verwechselt werden darf.

REDER mufs offenbar die Werke von WILLAN sehr oberflächlich gelesen haben, sonst hätte er darin gefunden, dafs BATEMAN das ausschliefsliche Verdienst zukommt, diesen Krankheitstypus aufgestellt zu haben. Auch mufs er sich von der Affektion einen äufserst unvollkommenen Begriff gemacht und keinen einzigen eigenen Fall beobachtet haben, um behaupten zu können, dafs sie hauptsächlich an den unteren Extremitäten auftritt und sie als ein blofses auf mechanische Ursachen zurückzuführendes Blutextravasat betrachten zu können.

Die Untersuchungen und die Auffassungsweise REDERS sind von der Wiener Schule ohne weiteres angenommen worden. Die Folge davon war, dafs ihre beiden grofsen Meister KAPOSI und NEUMANN die variköse Theorie der Purpura senilis anerkannt und ihr als einzige Eigentümlichkeit nur ihr Auftreten bei alten Leuten zugesprochen haben.

So kam es dazu, dafs in dem Gewühle unvollständiger klinischer Beobachtungen und irrtümlicher Auffassungsweisen niemand die klassische Beschreibung von BATEMAN erwähnt hat, so dafs sie vollständig und in ganz unberechtigter Weise in Vergessenheit geriet und sie kein Lehrbuch der Dermatologie aus den letzten 20 Jahren anführt.

UNNA kommt das Verdienst zu, die Purpura senilis von BATEMAN aus dem Dunkel der Vergessenheit heraus und ins richtige Licht geführt zu haben, indem er die Krankheitsform, welche dieser Autor beschrieben und bezeichnet hat, genau in ihren Einzelheiten hervorgehoben und die Unrichtigkeit der Auffassungsweise der Autoren nachgewiesen, die ihre Existenz geleugnet haben. Aufserdem hat UNNA neue Beiträge zur Kenntnis der Dermatose geliefert, indem er einen eigenen Fall beschrieben und histologisch untersucht hat. UNNA hat vier Plaques von Purpura senilis von der Leiche untersucht und bei allen senile Degenerationserscheinungen konstatiert, die mehr oder weniger ausgesprochen waren, nämlich Schwund des Fettgewebes, Verdünnung der Cutis, Abplattung des Papillarkörpers, Atrophie und Hyperpigmentation des Rete Malpighii, saure Reaktion fast aller Kerne, Verschwinden der Haarfollikel, Ab-

plattung und Erweiterung der Glomeruli. Die mit saurem Orcein gefärbten Präparate wiesen eine beträchtliche Vermehrung des Elastins auf Kosten des Kollagens auf; im mittleren und unteren Abschnitte der Cutis war das sonst unter normalen Bedingungen acidophile Elastin in basophiles umgewandelt. Es handelte sich demnach um Degenerationsprodukte des Kollagens und des elastischen Gewebes, von denen er gewöhnlich das erstere Collastin und Collacin, das letztere Elacin nennt.

Die Blutgefäfse waren nicht in allen vier Stücken in gleicher Weise verändert. In dem ersten waren die Arteriolen unversehrt, die Venen enorm dilatiert, mit Zerreifsungen der Wandungen an zahlreichen Stellen. Das ausgetretene Blut war in unregelmäfsiger Weise zwischen den degenerierten Gewebselementen verbreitet. In den anderen drei Stücken umschlofs die Hämorrhagie in Gestalt eines Muffs die Hautvenen, die stark dilatiert, aber sonst unverletzt waren. Es bestand somit im ersten Falle eine Hämorrhagie per rhexin, in den anderen eine solche per diaspedesin.[1]

Unna hat daraus geschlossen, dafs der Purpura senilis ein besonderer anatomopathologischer Prozefs zugrunde liegt, der im „Vorhandensein von frischen Hämorrhagien und alten Pigmentresten" besteht. In einem Punkte jedoch ist er unschlüssig geblieben, nämlich in welcher Beziehung die Degenerationserscheinungen in der Haut zu den Hämorrhagien stehen; er konnte sich nicht Gewifsheit darüber verschaffen, ob die Purpura ein finaler und notwendiger Folgezustand der Hautdegeneration darstelle, oder aber ob die Hämorrhagien die primäre Erscheinung und die Ursache der Degenerationserscheinungen seien.

Der Hinweis auf die erste Auffassungsweise Batemans durch Unna und seine neue klinische und anatomopathologische Beschreibung bilden einen hinreichenden Beleg dafür, dafs die Purpura senilis eine besondere, selbständige Krankheitsform ist, die sich ganz leicht von den anderen Purpuraformen unterscheiden läfst. Dafs sie in den neueren Lehrbüchern, wie „La Pratique dermatologique" und dem Texte von Mračhek, nicht die verdiente Würdigung gefunden, ist bereits erwähnt worden.

Ich lasse hier die Krankengeschichten der von mir beobachteten Fälle folgen.

1. Fall. Moses C., 81 Jahre alt, Landmann, verheiratet, von Castano Milanese. Nichts Bemerkenswertes in bezug auf Heredität. War niemals ernstlich krank. Ins Spital wegen Bronchitis aufgenommen.

Der Patient sieht kräftig aus, trotz seines hohen Alters. Aufser in den Bronchien nichts Abnormes, was innere Organe und Sinneswerkzeuge anbelangt. Die Haut befindet sich in einem Zustande von seniler Atrophie, die am ausgesprochensten ist im Gesicht, an den Vorderarmen, an den Händen, Beinen und Füfsen, d. h. an jenen Körperstellen, die, dem Berufe des Patienten entsprechend, beständig äufseren Traumen ausgesetzt waren. Im Gesicht hat die Haut alle Elastizität verloren, sie ist von tiefen und äufserst zahlreichen Furchen durchzogen; ihre Färbung ist gelblich-

braun mit pigmentierten Flecken. An der Streckseite der Vorderarme, der Hände, der Beine und Füfse ist die Haut verdünnt, stellenweise glatt, vollständig faltenlos, an anderen leicht gefältelt; die sie überziehende Hornschicht löst sich in Gestalt einer sehr feinen kleienartigen Desquamation ab. Hebt man sie in einer Falte auf, so findet sie nur schwer ihre ursprüngliche Lage wieder.

Ich mufs ganz besonders auf folgende Tatsachen hinweisen, die ich bei der Untersuchung konstatierte: 1. Das Vorhandensein von vier hämorrhagischen Flecken, von denen der eine an der Streckseite des linken Vorderarmes, zwischen dem unteren und mittleren Drittel, ein anderer in der Mitte des linken Handrückens, der dritte auf der Diaphyse des zweiten Metacarpalknochens der rechten Hand, der vierte im mittleren Drittel des rechten Beines lokalisiert war. 2. Pigmentflecke, die in Form und Ausdehnung den hämorrhagischen Plaques gleichen und dieselben Körpergegenden besetzen.

Die beiden am linken Vorderarm und an der rechten Hand gelegenen Plaques sind sozusagen identisch. Man erkennt an ihnen eine zentrale, etwa erbsengrofse, mehr oder weniger intensiv weinrot gefärbte Zone und eine periphere, 3—5 mm breite von ziegelroter Farbe; dieselbe ist von einem feinen Gefäfsnetze von lebhaft roter Farbe durchzogen, zwischen dessen Maschen kleinere Bezirke von cyanotischer Färbung zu sehen sind. Der Übergang von der zentralen in die periphere und von dieser in die umgebende Haut geschieht mit scharfen Grenzlinien und mit deutlicher Farbenabstufung. Die Ränder der Plaques sind unregelmäfsig. Die Plaque am linken Vorderarm hat ungefähr die Gestalt und Gröfse einer Mandel, diejenige an der rechten Hand etwa die Gröfse einer Haselnufs. Die Epidermis ist dünn, mit durchsichtiger Hornschicht; stellenweise ist sie von der Unterlage in Gestalt von kleinen graulichen Schuppen abgelöst.

Bei Untersuchung mit der Lupe sieht man deutlich, dafs die Blutextravasate in der Dicke der Cutis gelegen sind, unterhalb der unversehrten, durchsichtigen Epidermis. An einzelnen Stellen jedoch ist auch das epitheliale Gewebe vom Blute überschwemmt worden und enthält kleine oberflächliche hämorrhagische Zonen. Unter dem Drucke des Diaskops erblafst die ziegelrote Farbe der peripheren Zone etwas, während die cyanotischen Partien unverändert bleiben. Läfst man mit dem Drucke nach, so erscheint die ursprüngliche Färbung innerhalb weniger Minuten wieder. Die Plaques sind etwas über die Umgebung erhaben; sie sind sowohl spontan als auf Druck schmerzlos. Infiltrationszonen lassen sich an ihnen keine konstatieren.

Die Plaque auf dem linken Handrücken hat ungefähr den Durchmesser eines Centesimostückes; sie ist von ziegelroter Farbe mit dendritischen Zeichnungen von intensiverer Färbung; aufserdem sieht man unregelmäfsig zerstreute cyanotische Punkte. Die Ränder sind ganz unregelmäfsig, geschlängelt und senden verschieden gestaltete Ausläufer in die umgebenden Hautbezirke aus, wo sie sich verlieren. Die Epidermis ist verdünnt, mit zahlreichen feinen Fältchen; Desquamation fehlt; sie ist durchsichtig, so dafs man durch sie hindurch die in der Cutis gelegenen hämorrhagischen Herde sehen kann. Zuweilen jedoch, und zwar an den Stellen, wo sich die cyanotischen Punkte befinden, nimmt auch die Epidermis an dem hämorrhagischen Prozesse teil und zeigt ganz oberflächlich situierte, weinrote Pünktchen. Unter dem diaskopischen Drucke verschwindet die diffuse ziegelrote Färbung, und auch die intensivere Röte der dendritischen Zeichnungen wird etwas blasser, während die cyanotischen Partien unverändert bleiben. Man findet keine Spur von Infiltration.

Die Plaque am rechten Beine sieht derjenigen auf der linken Hand ganz ähnlich, unterscheidet sich aber von ihr durch ihre Gröfse, die ungefähr der einer Nufs gleich-

kommt; auch findet man in der mittleren Partie der roten Fläche kleine verschieden gestaltete Zonen von normalem Gewebe.

Alle diese Plaques dauern erst seit einigen Tagen; die auf dem linken Arme und auf der rechten Hand seit einer Woche, die andere an der linken Hand seit vier bis fünf Tagen. Was die vierte anbelangt, so hatte der Patient von derselben vor meiner Untersuchung keine Kenntnis. Über die Art und Weise, wie die Plaques entstanden und wie sie sich weiter entwickelt hatten, konnte ich von dem Patienten keine genauen Angaben erhalten. Er wufste nur, dafs seit ungefähr 15 Jahren periodisch hämorrhagische Flecke an den beschriebenen Stellen auftraten, welche mit den gegenwärtigen identisch seien, dafs sie von keinen subjektiven Beschwerden begleitet seien, dafs ihnen auch keine solche vorausgegangen und dafs er sie infolgedessen stets erst nach ihrer Ausbildung bemerkt habe. Er erklärt, dafs die Plaques ganz spontan auftreten, 10—14 Tage bestehen, während welcher Zeit sie entweder ganz unverändert bleiben oder etwas lebhafter gefärbt werden und dafs sie rasch verschwinden mit Hinterlassen einer pigmentierten Stelle: Er hat mir denn auch versichert, dafs die zahlreichen Pigmentflecke an den Armen, Händen und Beinen die Überreste von solchen hämorrhagischen Plaques seien.

Von dieser letzteren Tatsache konnte ich mich übrigens persönlich überzeugen, als ich den Patienten während einiger Zeit beobachtete. In einem gewissen Zeitpunkte ihres Bestehens, und zwar am zehnten Tage für die Plaque an der rechten, am zwölften für diejenige an der linken Hand, am vierzehnten für diejenige am Vorderarm machten dann die Plaques plötzlich eine rasch vorwärtsschreitende Umwandlung durch, indem sie die bekannten Farbeveränderungen des Hämoglobins zeigten, einen Pigmentfleck ohne narbige Einsenkung des Gewebes zurücklassend.

Ähnliche Pigmentflecke, die aber schon von früher her stammten, finden sich unregelmäfsig zerstreut auf den Streckseiten der Vorderarme, auf den Händen und an den Beinen; eine weitere lag ferner auf dem linken Fufsrücken. Einige von ihnen waren mehr, andere weniger intensiv pigmentiert. Nach den Angaben des Patienten waren hauptsächlich die letzteren der Sitz von wiederholten Hämorrhagien gewesen.

An anderen Körperstellen waren keine hämorrhagischen Flecke zu sehen. Ich habe versucht, an den Körperstellen, wo solche Hämorrhagien lokalisiert waren, andere durch mäfsige Traumata (Druck, Perkussion) künstlich hervorzurufen, was mir aber nicht gelang.

Die qualitative und quantitative Untersuchung der Blutkörperchen, sowie die Probe der Koagulationsfähigkeit haben mir nichts Abnormes geliefert. Auch der Harn enthielt keine pathologischen Bestandteile.

2. Fall. Karoline S., 84 Jahre alt, Bäuerin, Witwe, von Mailand. Sept. 1905. Nichts Besonderes in der Vorgeschichte der Kranken. Befindet sich im Spital wegen linksseitiger Ischias. Guter allgemeiner Gesundheits- und Ernährungszustand. Die Haut dagegen befindet sich in einem vorgeschrittenen Stadium der Atrophie, besonders an den, äufseren Einflüssen ausgesetzten Körperstellen. Sie gibt an, dafs seit etwa ihrem 70. Jahre zeitweise an den Handrücken, der Streckseite der Vorderarme und der Beine hämorrhagische Flecke auftreten, die etwa zehn Tage lang anhalten, um dann unter Hinterlassung einer pigmentierten Zone zu verschwinden. Ob dem Auftreten dieser Plaques Traumen vorausgegangen, kann sie nicht direkt bestreiten, erklärt aber ganz bestimmt, dafs die Mehrzahl derselben ohne ihr bekannte Ursachen entstanden sind.

Gegenwärtig besteht auf dem linken Handrücken, auf der Höhe des dritten Metakarpalknochens eine hämorrhagische Plaque von ungleichmäfsig weinroter Färbung mit unregelmäfsigen Rändern, stellenweise scharf gegen die angrenzende gesunde

Haut abgegrenzt, an anderen Stellen einen mehr oder weniger raschen Übergang von der roten Farbe der Plaque zur gelblichweifsen der umgebenden Haut aufweisend. Die Epidermis ist dünn, durchscheinend, nicht desquamierend. Bei der Kompression mit dem Diaskop bleibt die Plaque beinahe unverändert. Sie ist schmerzlos und der Sitz von keiner Infiltration. Sie besteht seit drei Tagen.

In der Mitte des zweiten Metakarpus der rechten Hand und in der Mitte der Streckseite des Armes derselben Seite befinden sich zwei Plaques, von denen die eine die Gröfse einer Erbse, die andere die einer Bohne hat. Die Grundfarbe ist ziegelrot, mit lebhaften roten Streifen und zerstreuten, kleinen hämorrhagischen Herden. Die Ränder sind unregelmäfsig; die Abgrenzung gegen die gesunde Haut ist bald scharf, bald verschwommen. Bei Kompression mit dem Diaskop verschwindet die ziegelrote Grundfarbe, während die intensiv roten Streifen nur blasser werden und die weinroten Zonen unverändert bleiben. Die Epidermis beteiligt sich stellenweise am Prozefs, der sich in der Cutis abspielt, indem in den weinroten Partien entsprechend kleine, ganz oberflächlich lokalisierte Hämorrhagien zu sehen sind. Die Plaque auf der Hand dauert seit fünf, diejenige am Vorderarm seit sieben Tagen.

Auch hier konnte ich den Verlauf der Plaques und ihre rasche Umwandlung in Pigmentflecke verfolgen, welches letztere am zwölften Tage bei der ersten, am elften resp. fünfzehnten Tage bei den beiden anderen eintrat.

An der Streckseite der Vorderarme und auf beiden Handrücken waren einige Pigmentflecke, die sich auf dem Boden früherer hämorrhagischer Plaques ausgebildet hatten. Andere waren auf der vorderen Fläche der Beine zu sehen. An keiner dieser Stellen habe ich durch künstliche Traumen das Auftreten von hämorrhagischen Plaques hervorrufen können.

Die Untersuchung des Blutes und des Harns ergab normale Verhältnisse. An anderen Körperstellen waren keine Effloreszenzen zu sehen.

3. Fall. Rosa C., 68 Jahre alt, Wäscherin, Witwe, von Mailand. Oktober 1905. Nichts Besonderes in bezug auf Anamnese und Heredität. Seit einem Monat im Spital wegen Pneumonie.

Sie befindet sich in gutem Ernährungszustande trotz der durchgemachten Krankheit. Die Haut ist wohl erhalten, mit Ausnahme der Glieder, wo man atrophische Veränderungen konstatiert, die sich offenbar auf die zahlreichen Traumata zurückführen lassen, denen sie in ihrem Berufe ausgesetzt gewesen. Seit zirka zwei Jahren sieht die Patientin in unregelmäfsigen Zeiträumen auf der Streckseite der Vorderarme und auf den Handrücken erythematös-hämorrhagische Flecken auftreten, die innerhalb zehn bis zwölf Tagen eine vollständige Involution durchmachen und sich schliefslich in einen Pigmentfleck umwandeln.

Als ich die Patientin zum erstenmal untersuchte, bestanden nur wenige residuale Pigmentflecke. Auch hier versuchte ich, auf dem Handrücken künstlich hämorrhagische Plaques zu erzeugen, was mir aber wieder nicht gelang; dagegen konnte ich das spontane Auftreten einer solchen auf der Vorderfläche des mittleren Drittels des Vorderarms überwachen und verfolgen.

Auf einem Bezirke gesunder Haut treten ohne erkennbare Ursache kleine rote Zonen auf, die zuerst vereinzelt bleiben, dann aber bald konfluieren und einen ziegelroten Fleck vom Durchmesser eines Centesimostückes bilden.

In derselben bilden sich sehr bald Streifen von lebhaft roter Farbe, welche durch die dünne und durchsichtige Epidermis hindurch gut sichtbar sind. Nach einem Zeitraume von etwa zehn Stunden hat sich in der Mitte des Fleckes eine hämorrhagische Zone gebildet, während sich andere von gleicher Beschaffenheit, aber kleiner, längs den intensiv roten Streifen zeigen. Innerhalb 24 Stunden nach ihrem

ersten Erscheinen hat sich die Plaque vollständig ausgebildet. Während zirka neun Tagen bleibt sie sozusagen unverändert. Vom zehnten an beginnen die bekannten Farbeveränderungen des Hämoglobins, und nach dem 14. Tage ist nur noch ein Pigmentfleck zurückgeblieben.

Auf der ganzen übrigen Hautoberfläche ist nichts Abnormes zu sehen.

4. Fall. Caroline B., 72 Jahre alt, Bäuerin, Witwe, von Cremona. — November 1905. Anamnestisch nichts Bemerkenswertes. Im Spital wegen Verrenkung des rechten Fufses. Guter Ernährungszustand. Die Haut dagegen zeigt sich im Zustande seniler Atrophie, verdünnt und juckend. Seit etwa drei Jahren bemerkte die Patientin an der Streckseite der Vorderarme und auf den Handrücken das Auftreten von hämorrhagischen Flecken, die etwa zehn Tage lang dauern und eine pigmentierte Stelle hinterlassen. Ob auch an der Vorderfläche der Beine ähnliche Flecken vorhanden gewesen, weifs sie nicht bestimmt; wahrscheinlich ist dies jedoch der Fall gewesen, indem dort ähnliche Pigmentflecken zu sehen wie an den Vorderarmen.

Die Patientin behauptet, dafs die Plaques ganz spontan auftreten; während sie im Spital ganz ruhig im Bette lag, ist vor einigen Tagen eine auf dem Handrücken entstanden. Sie hat den Durchmesser von einem Soldo, rotbläuliche Farbe mit mehr oder weniger lebhaft roten Streifen, unregelmäfsige und verschwommene Ränder. Die Plaques verursachen keine subjektiven Beschwerden; es sind keine Infiltrationserscheinungen vorhanden.

Die Blut- und Urinuntersuchung ergab nichts Abnormes.

5. Fall. A. D., 81 Jahre alt, von Torrile Parmense, Magd. — Dezember 1904. Leidet an Bronchitis chronica. Nichts Besonderes in der Anamnese. Sie ist stark abgemagert und die Haut befindet sich in einem Zustande hochgradiger Atrophie. Gibt an, dafs sie seit vielen Jahren an den Armen und den Beinen hämorrhagische Plaques auftreten sieht, die im Verlaufe weniger Tage entstehen und wieder verschwinden, ohne irgendwelche subjektive Beschwerden zu verursachen; Beziehungen zwischen diesen Flecken und traumatischen Einflüssen will sie niemals bemerkt haben.

Gegenwärtig bestehen zwei derartige hämorrhagische Plaques, die eine am unteren Drittel der Streckseite des rechten Vorderarms, von der Gröfse eines Soldo, mit unregelmäfsigen Rändern, bald scharf, bald verschwommen; sie besteht seit drei Tagen. Die andere liegt auf dem linken Fufsrücken, hat etwa den Durchmesser einer Bohne; die Ränder sind auch hier unregelmäfsig, so dafs die Plaque die Form einer Spinne hat; nach den Angaben der Wärterin besteht diese Plaque seit drei Tagen.

Aufserdem sind an den Streckseiten der Vorderarme, der Hände und der Beine andere mehr oder weniger intensiv pigmentierte Flecke, die für vorausgegangene Hämorrhagien Zeugnis ablegen.

6. Fall. Camilla F., 66 Jahre alt, verheiratet, Bäuerin, von Vigentino. — November 1905. Vater und Bruder sind an Tuberkulose gestorben. Bei der Patientin sind aber bis jetzt keine Zeichen dieser Krankheit zu konstatieren gewesen. Sie wurde ins Spital wegen Appendicitis aufgenommen.

Die Patientin ist stark abgemagert, die Haut hochgradig atrophisch. Auf der Streckseite des linken Vorderarms sind zwei hämorrhagische Plaques, von denen die eine etwa dreieckig, die andere birnförmig ist; ihre Ränder sind unregelmäfsig, stellenweise scharf abgegrenzt, stellenweise verschwommen, von intensiver ziegelroter Farbe, mit bläulichroten, rundlichen Zonen. Sie sind vor etwa drei Tagen ganz spontan entstanden und verursachen keine Beschwerden irgendwelcher Art. Während zirka einer Woche blieben diese Plaques unverändert, dann, nach zwei resp. drei Tagen, begannen die Farbenveränderungen von rot zu grün, gelb und braun. Schliefslich

bleiben sie als stationäre Pigmentflecke ohne narbige Retraktion unverändert. Früher will die Patientin niemals derartiges an sich beobachtet haben.

7. Fall, Anna G., 83 Jahre alt, Bettlerin, von S. Pellegrino Parmense. — Dezember 1904. Seit zwei Monaten im Spital wegen Gehirnblutung, befindet sich in einem komatösen Zustande. Stark abgemagert, Haut hochgradig atrophisch. Auf der Streckseite des linken Vorderarms sieht man eine hämorrhagische Plaque von tiefroter Farbe, von der Gröfse und Gestalt einer Mandel, mit unregelmäfsigen Rändern. Eine andere, etwas kleinere Plaque befindet sich am unteren Drittel des rechten Beines.

Die Patientin starb nach drei Tagen. Die Plaque am Vorderarm wurde exstirpiert behufs mikroskopischer Untersuchung.

8. Fall. Peter F., 84 Jahre alt, Landmann, Witwer, von Fornovo Faro. — März 1905. In hereditärer Beziehung nichts zu eruieren. Hat in seiner Jugend Pneumonie und Typhus durchgemacht; liegt gegenwärtig im Spital wegen chronischer Bronchitis. Ziemlich mager, Haut stark atrophisch.

Auf der Streckseite der Vorderarme, der Hände und der Beine bestehen einige Pigmentflecke, und der Patient gibt an, dafs sie die Überreste von früheren hämorrhagischen Plaques seien, die im Verlaufe der letzten 20 Jahre von Zeit zu Zeit auftreten. Eine solche Plaque ist vor zwei Tagen aufgetreten, vom Durchmesser eines Soldo, rötlich cyanotisch, mit unregelmäfsigen und verschwommenen Rändern und liegt im mittleren Drittel der Streckseite des linken Vorderarms. Sie hat sich, ohne subjektive Beschwerden zu verursachen, innerhalb einigen Stunden ausgebildet, während der Patient vollständig ruhig im Bette lag. Während acht Tagen blieb die Plaque vollständig unverändert, um sich dann rasch in einen pigmentierten Fleck umzuwandeln. Blut- und Harnuntersuchung sowie Versuche, Flecke künstlich hervorzurufen, fielen stets negativ aus.

9. Fall. Luise S., 81 Jahre alt, Witwe, Haushälterin, von Pioltello, — November 1905. Wegen linksseitiger Hemiplegie infolge von Blutergufs im Spital aufgenommen. Stark abgemagerte Patientin mit hochgradiger Atrophie der Haut.

Seit vier Tagen besteht auf dem linken Handrücken ein ziegelroter Fleck mit lebhaft roten Streifen und bläulichen Zonen. Die Extremität ist vollständig unbeweglich, und die Patientin will von einem voraufgegangenen Trauma nichts wissen. Sie gibt an, dafs im Verlaufe der letzten 20 Jahre sehr oft solche Flecken entstanden sind, welche dem gegenwärtigen vollständig ähnlich waren, und zwar an den Vorderarmen, den Händen und Beinen, dafs sie stets nur einige Tage lang gedauert haben, um nach ihrem Verschwinden pigmentierte Flecken zu hinterlassen. Von den letzteren waren noch einige sichtbar, als ich die Patientin untersuchte.

10. Fall. Marie S., Haushälterin, von Mailand. — Dezember 1905. Hat öfters Malariaanfälle durchgemacht, sonst nichts Bemerkenswertes in der Anamnese. Im Spital wegen chronischer Bronchitis.

Die Haut befindet sich in einem Zustande hochgradiger Atrophie. Ungefähr in der Mitte des rechten Handrückens sieht man einen ovalen, ziegelroten Fleck von einem Maximaldurchmesser von 1½ cm; die Ränder sind zerklüftet, unregelmäfsig, stellenweise scharf, stellenweise verschwommen. Derartige Flecken sollen sich bei der Patientin schon öfters an den Streckseiten der Vorderarme, der Hände und Beine gezeigt haben, einmal will sie auch einen auf dem Fufsrücken bemerkt haben. Der Verlauf war ganz derselbe wie in den oben angeführten Fällen.

11. Fall. Rosa U., 72 Jahre alt, verheiratet, Dienstmagd, von Mailand. — Dezember 1905. Wegen Bronchialkatarrh im Spital. Ziemlich abgemagert, die Haut hochgradig atrophisch. Seit fünf oder sechs Jahren entstehen an den gewohnten

Stellen ganz spontan die oben beschriebenen hämorrhagischen Flecke, die in der üblichen Weise verlaufen. Zurzeit bestehen auf dem linken Fufsrücken und auf der Vorderfläche des rechten Beines zwei derartige Flecke von der Gröfse eines Soldo, von lebhaft roter Farbe mit cyanotischen Streifen; die eine besteht etwa fünf, die andere sieben Tage; sie haben unregelmäfsige Ränder, die Abgrenzung gegen die umgebende Haut mehr oder weniger scharf. Keine Beschwerden irgendwelcher Art.

Nach 14 Tagen sah ich die Patientin wieder; von den Flecken war aber nur eine schwache Pigmentation übrig geblieben.

12. Fall. Joseph C., 80 Jahre alt, Witwer, Bauer, von Mailand. — Dezember 1905. Der Patient leidet an progressiver Paralyse und sind über denselben keine anamnestischen Daten erhältlich. Er ist abgemagert und die Haut hochgradig atrophisch.

Auf der Streckseite der Vorderarme, Hände und Beine sind stellenweise Pigmentflecke von verschiedener Gröfse, Form und Intensität der Färbung sichtbar. Auf dem rechten Vorderarm, in der Nähe des Radiocarpalgelenkes, besteht seit sechs Tagen eine Plaque von der Gröfse eines Centesimo, rundlich, von ziegelroter Farbe, von intensiv roten Streifen durchsetzt und mit einigen kleineren cyanotischen Punkten; ihre Ränder sind unregelmäfsig und verschwommen. Unter dem Drucke des Diaskops erblafst die Grundfarbe etwas, während die cyanotischen Zonen unverändert bleiben.

13. Fall. Leopold S., 66 Jahre alt, Witwer, Kärrner, von Golese. — Januar 1905. Befindet sich im Spital als Typhuskonvaleszent.

Seit drei Tagen befindet sich auf der Mitte des rechten Handrückens eine etwa sougrofse Plaque von intensiv roter Farbe mit cyanotischen Streifen, unregelmäfsigen, bald scharfen, bald verschwommenen Rändern. Eine andere ähnliche, aber etwas kleinere Plaque ist vor zwei Tagen auf dem linken Handrücken aufgetreten, eine dritte, von länglicher Gestalt, auf dem unteren Drittel der rechten Tibialgegend. Diese letztere hatte der Patient vor unserer Untersuchung nicht bemerkt, und weifs er deshalb auch nicht, wann sie aufgetreten ist.

Er gibt an, dafs er vor drei Monaten zum ersten Male eine derartige Plaque am linken Vorderarm hat entstehen sehen, welche den jetzigen ganz ähnlich sah und zirka zehn Tage gedauert hat, ohne subjektive Beschwerden zu verursachen, dafs sie dann rasch unter Hinterlassung eines intensiv pigmentierten Fleckes verschwand, der jetzt noch sichtbar ist.

Das Material zur histologischen Untersuchung lieferte der Fall VII, post mortem, sowie drei andere Leichen mit Purpura senilis.

In dem ersten Stücke zeigte die ganze Haut das Bild einer senilen Atrophie: Verdünnung der Epidermis mit beinahe vollständigem Schwund des Eleidins; intensive Pigmentation der Zellen der Basalschicht. Die Papillarfortsätze waren abgeplattet, die Cutis stark verdünnt und das Fettgewebe beinahe vollständig verschwunden.

Aufser diesen über die ganze Haut diffus verbreiteten Veränderungen sind eine Reihe von anderen hervorzuheben, die auf die hämorrhagischen Flecke beschränkt bleiben und welche sich hauptsächlich auf das elastische Gewebe und das Kollagen beziehen. Im Gebiete des Papillarkörpers waren die elastischen Fasern sehr spärlich, die übriggebliebenen zeigten aber vom morphologischen und tinktoriellen Standpunkte aus normale Verhältnisse. Im mittleren und tiefen Cutisgewebe jedoch zeigte sich das

elastische Gewebe in zweifacher Weise verändert: An einzelnen Stellen verliefen die Fasern wie normalerweise zwischen den kollagenen Bündeln, waren jedoch breiter, vielfach in ihrer Kontinuität unterbrochen und liefsen sich leicht mit basischen Farbstoffen färben, besonders mit polychromem Blau. An anderen Stellen waren die elastischen Fasern dagegen nicht mehr zu erkennen, das kollagene Gewebe, in dem sie eingebettet waren, hatte seine Struktur verloren und war in eine beinahe homogene Substanz verwandelt, welche die spezifischen Elastinfarbstoffe leicht aufnahm. Mit anderen Worten, es hatte sich das Elastin in Elacin, das Kollagen in Kollastin und Kollacin verwandelt.

In den Überresten des Fettgewebes war das elastische Gewebe von normaler Beschaffenheit, ebenso in den Trabekeln des Hypoderms und der subcutanen Fascie.

Die Blutgefäfse waren in der ganzen Ausdehnung des Papillarkörpers wenig zahlreich und etwas erweitert; es bestand Stase, und stellenweise war es zum Austritt von einigen roten Blutkörperchen durch die Gefäfswandungen hindurch gekommen. In der mittleren und tiefen Cutisschicht waren die Gefäfse, besonders die Venen, hochgradig dilatiert, ihre Wandungen stark verdünnt und so verändert, dafs man öfters die Arterien von den Venen nicht mehr unterscheiden konnte. Dies kam daher, dafs die elastischen Fasern beinahe ganz aus den Gefäfswandungen verschwunden und dafs die Muskelschicht teilweise erhalten geblieben war. Rund um die Blutgefäfse herum und bis zu einer ziemlichen Entfernung von denselben war die mittlere und tiefe Cutisschicht von ausgetretenen roten Blutkörperchen durchsetzt (Diapedese und Rhexis).

Aus dem Vergleiche des klinischen und des histologischen (Serienschnitte) Befundes liefs sich feststellen, dafs da, wo die Plaques eine bläulichrote Färbung haben, sich in den mittleren und tiefen Cutisschichten das Kollagen in Kollacin umgewandelt hat, dafs die elastischen Fasern verschwunden, die Gefäfswände, besonders der Venen, verdünnt und laceriert sind, wodurch es zum Austritt von roten Blutkörperchen aus den Gefäfsen gekommen ist. Den ziegelroten Partien der Flecke entsprechend hat sich die Umwandlung des Kollagens in Kollacin nur in beschränktem Mafse und in ganz schmalen Zonen ausgebildet, während diejenige des Elastins in Elacin viel häufiger, die Erweiterung der Gefäfse, hauptsächlich der Venen, konstant angetroffen wird; mit letzteren verbunden ist eine reichliche Auswanderung von roten Blutkörperchen durch die Gefäfswandungen hindurch ins umgebende Gewebe. Die roten Blutkörperchen sind dementsprechend zahlreicher in der unmittelbaren Umgebung der Gefäfse.

Die Haarfollikel waren äufserst spärlich vorhanden und stark atrophisch, zahlreicher vertreten waren die Knäueldrüsen; die letzteren zeigten an

manchen Stellen sackartige Erweiterungen des secernierenden Teiles der Drüse.

In den anderen drei Stücken waren die Veränderungen den oben beschriebenen ähnlich; höchstens in bezug auf die Intensität etwas variierend. Wir geben hier eine kurze Beschreibung derselben.

Das zweite Stück stammte vom Vorderarme eines 74jährigen Mannes mit ausgesprochener Atrophie der Haut. Die Plaque war etwa bohnengroſs, von ziegelroter Grundfarbe, mit röteren Streifen. Längs den letzteren waren kleinere cyanotische Zonen, die an einzelnen Stellen ganz oberflächlich waren und sich auf die Epidermis beschränkten.

Bei der histologischen Untersuchung fand ich eine Verdünnung der Epidermis und der Cutis mit diffuser Umwandlung des Elastins in Elacin und spärlicher Veränderung des Kollagens in Kollastin. In den mittleren und tiefen Schichten der Cutis waren alle Gefäſse, besonders aber die Venen, hochgradig erweitert und mit Blut angefüllt; ihre Wandungen waren stark verdünnt; das elastische Gewebe und die Endothelschicht fehlten in denselben fast gänzlich. Ganz im Innern war das Gewebe von roten Blutkörperchen überschwemmt, welche durch die veränderten Wandungen hindurch ausgetreten waren; an einzelnen Stellen war die Kontinuität der letzteren auch unterbrochen, und rote Blutkörperchen in groſser Zahl überschwemmten das Gesichtsfeld. Stellenweise war die Erythrocyteninvasion bis in den Papillarkörper vorgedrungen, ja selbst bis in die Epidermis. Die Gefäſsverletzungen waren da am ausgesprochensten, wo die Umwandlung des Kollagens in Kollacin am weitesten vorgeschritten war.

Das dritte Stück stammte vom Handrücken einer 80jährigen Frau und enthielt eine Plaque von der Gröſse eines Centesimo mit unregelmäſsigen, rötlich-cyanotischen Rändern; von denselben umschlossen waren kleinere, gesunde Gewebszonen.

In histologischer Hinsicht bestand eine ausgesprochene Atrophie der Epidermis und der Adnexa, Abplattung der Papillafortsätze mit bedeutender Verminderung des oberflächlichen Gefäſsnetzes. Die mittleren und tiefen Cutisschichten waren beinahe vollständig ihres elastischen Gewebes beraubt, mit ausgebreiteter Umwandlung des Kollagens in Kollacin. Mitten in diesem degenerierten Gewebe hatten die Blutgefäſse hochgradige Veränderungen durchgemacht: die Venen waren sozusagen alle zerstört, die Arterien waren nur noch an ihrer Muscularis erkennbar, die stellenweise erhalten geblieben war. Das Blut war in groſser Menge ausgetreten und hatte überall das degenerierte Gewebe überschwemmt, bis zur Epidermis vordringend. Das Fettgewebe war gänzlich verschwunden und aus dessen stark erweiterten Gefäſsen waren per diapadesin zahlreiche rote Blutkörperchen ins umgebende Gewebe getreten.

Das vierte Stück gehörte dem Handrücken eines 72jährigen Mannes

an und enthielt eine Plaque von seniler Purpura von der Gröfse einer Bohne, von gelblichgrüner Farbe mit verschwommenen Rändern; die Plaque war offenbar im Begriffe, zu verschwinden.

Die Epidermis ist verdünnt; in der Basalschicht findet man eine mäfsige Menge von körnigem, gelblichem Pigment, in der Cutis ist das Elastin teilweise in Elacin, das acidophile Kollagen in basophiles verwandelt. Die Blutgefäfse sind dilatiert, besonders die Venen, ihre Wandungen stark verdünnt und von einer grofsen Anzahl von ausgetretenen roten Blutkörperchen umgeben, die unregelmäfsig im Gewebe verteilt sind. Die meisten der letzteren sind in eine körnige Masse umgewandelt, die an vielen Stellen in die Bindegewebszellen eingedrungen sind. Die Haare und die Knäueldrüsen sind zum Teil erhalten.

Die geschichtlichen, klinischen und anatomopathologischen Notizen, die ich bis jetzt angesammelt habe, lassen sich in den in der Literatur verzeichneten Angaben nur mit der von BATEMAN als Purpura senilis beschriebenen Purpuraform vergleichen. Diese Krankheit besitzt besondere, bestimmte und konstante Merkmale und charakteristische anatomopathologische Eigenschaften, die sich in folgender Weise zusammenfassen lassen:

Die Purpura senilis ist eine Dermatose, die sich durch das Auftreten von roten, angiektatischen und hämorrhagischen Plaques auszeichnet, welche ausschliefslich auf der Streckseite der Vorderarme, der Hände, der Beine und Füfse lokalisiert sind. In der Mehrzahl der Fälle beschränkt sie sich auf die beiden ersteren Stellen, weniger häufig findet man sie an den Beinen und nur ausnahmsweise an den Füfsen.

Die ersten Erscheinungen der Purpura senilis treten gegen das 65. Altersjahr auf, und zwar bei Leuten, die an der Haut deutliche Zeichen von Atrophie aufweisen; mit zunehmendem Alter und mit der Verschlimmerung des atrophischen Zustandes werden sie immer ausgesprochener. Sie treten spontan auf. Sie sind von keinen subjektiven Beschwerden begleitet, auch gehen ihnen keine solche voraus, noch folgen ihnen welche nach. Sie zeigen sich in unregelmäfsigen Zwischenräumen an Körperstellen, die zuvor noch nicht der Sitz der Krankheit gewesen waren; zuweilen jedoch ist das letztere der Fall. Die Plaques sind entweder vereinzelt oder aber es bestehen gleichzeitig deren mehrere; im letzteren Falle bleiben sie stets isoliert und von einander unabhängig. Sie verteilen sich ganz regellos an den oben angeführten Körperstellen.

Jede Plaque macht einen bestimmten, konstanten Entwicklungskreis durch, dessen Dauer von 8 bis 14 Tagen variiert. Dieser Zyklus entwickelt sich in folgender Weise: Zuerst zeigen sich kleine, ziegelrote Flecke in verschiedener Anzahl und die einen neben den anderen liegend.

Im Verlaufe weniger Stunden nehmen sie an Ausdehnung zu und konfluieren, so dafs sie nur noch eine einzige Effloreszenz bilden, die meist ein gleichförmiges Aussehen hat, seltener im Inneren kleine Bezirke normaler Haut aufweist. Später treten auf der gleichmäfsig roten Grundfläche schmale und geschlängelte angiektatische Streifen auf von intensiv roter Farbe. Jede Effloreszenz erreicht in wenigen Stunden ihre definitive Gröfse, die vom Durchmesser einer Bohne zu dem eines Soldo variiert. Die Gestalt ist rundlich oder oval, die Ränder unregelmäfsig, scharf oder verschwommen. Zuweilen sind dendritische Zeichnungen in der Peripherie der Plaque zu sehen, die ihr ein eigentümliches Aussehen verleihen. Die Epidermis ist in den Plaques unverändert; die Veränderungen haben vielmehr ihren Sitz in der Cutis. Unter dem Drucke des Diaskops erblafst die rote Farbe überall; dieser Druck ist nicht schmerzhaft. Die Plaques sind nicht infiltriert und sie ragen über die angrenzenden Hautgebiete nicht hervor, noch sind sie tiefer gelegen als dieselben.

Innerhalb 16 bis höchstens 24 Stunden hat jede Effloreszenz ihren maximalen Umfang erreicht; dann treten bläulichrote Hämorrhagien in ihnen auf, die sich über die ganze Effloreszenz ausdehnen können, aber meist nur eine Partie derselben einnehmen. Diese angiektatischen Partien haben verschiedene Formen; ihre Ränder zeigen im Gegensatze zu den unverändert gebliebenen Abschnitten eine Reihe von Farbenabstufungen. Die sie überziehende Epidermis bleibt meist unverändert und durchsichtig; zuweilen jedoch nimmt sie am hämorrhagischen Prozesse der Cutis teil, indem eine kleienartige Desquamation eintritt und sich kleine, ganz oberflächliche rote Punkte zeigen. So bleibt die Plaque etwa acht bis zehn Tage unverändert bestehen, bis dann unter rascher Reihenfolge die üblichen, bei Blutextravasaten beobachteten Farbeveränderungen eintreten. Zuletzt bleibt nur noch ein Pigmentfleck übrig, der sich auf der gleichen Fläche wie die umgebende Haut befindet. Die Intensität der Braunfärbung des Fleckes variiert nach der Quantität des ausgetretenen Blutes. Im Verlaufe von einigen Monaten verschwindet auch dieser Pigmentfleck, so dafs die Haut ihr früheres Aussehen zurückerlangt.

Ganz charakteristisch sind auch die anatomopathologischen Veränderungen. Es sind vor allem voneinander zu halten die diffusen Veränderungen der ganzen atrophischen Haut und diejenigen, welche sich speziell auf die Plaques beziehen.

Die ersteren bestehen in einer Verdünnung des ganzen Rete Malpighii mit beinahe vollständigem Verschwinden der Körnerschicht, sowie in einer ausgesprochenen Pigmentation der Basalschicht. Die Cutis ist ebenfalls in ihrer Dicke reduziert, die Papillen abgeplattet und das Stratum reticulare ist sklerosiert. Das elastische Gewebe im Papillarkörper ist beinahe vollständig verschwunden, in den mittleren und tiefen Schichten der Cutis

ist das Elastin häufig in Elacin verwandelt. Ferner findet man die oben angeführten Veränderungen des Kollagens. Alle Cutisgefäfse sind verengert, die Tunica media und externa ist verdünnt, das elastische Gewebe in den Gefäfswandungen verschwunden. Von Fettgewebe sieht man beinahe nichts mehr im Unterhautzellgewebe, das im übrigen eine normale Struktur zeigt. Die Haarfollikel sind atrophisch, die Knäueldrüsen sind öfters in ihrem secernierenden Abschnitte dilatiert.

Die eigentlichen Veränderungen der Purpura senilis spielen sich hauptsächlich in der mittleren und tieferen Partie der Cutis ab. Sie sind gleichmäfsig über die ganze Plaque verteilt, zeigen aber gewisse Verschiedenheiten in den einzelnen Abschnitten, aus denen sich die Plaque zusammensetzt. Wo nämlich diese letztere eine ziegelrote Farbe hat mit röteren Streifen, sind die Cutisgefäfse, besonders die Venen, dilatiert und mit Blut angefüllt; die Wandungen sind verdünnt, weshalb eine grofse Menge von roten Blutkörperchen durch dieselben hindurchdringen können; diese Ansammlungen von Blutkörperchen sind am dichtesten in unmittelbarer Nähe der Gefäfse. Aus den kleinen Gefäfsen des Papillarkörpers ist diese Auswanderung nur spärlich, sehr reichlich dagegen aus den Gefäfsen der mittleren und tiefen Cutisschichten, mäfsig im Unterhautzellgewebe. Die roten Blutkörperchen ergiefsen sich in das Gewebe, ohne Störungen in den Elementen desselben hervorzurufen. Dagegen findet man häufig eine Umwandlung des acidophilen Kollagens in basophiles und noch häufiger Verschwinden des Elastins unter Bildung von Kollastin. Schwere Störungen findet man an den Stellen, die im mittleren und tieferen Abschnitte der Cutis den bläulichroten Partien der Plaque entsprechen. Die elastischen Fasern sind verschwunden, die Bindegewebsfasern sind aufgelöst und in unregelmäfsige Klumpen verwandelt, welche die Farbenreaktionen des Elastins zeigen. Von den Gefäfsen innerhalb des in dieser Weise veränderten Gewebes sind die Arterien noch erkenntlich an der verhältnismäfsig gut erhaltenen Muscularis; die Venen sind beinahe vollständig zerstört, so dafs grofse Mengen von Blut aus denselben austreten, das sich in unregelmäfsiger Weise in dem umgebenden Gewebe verbreitet. Wenn die Hämorrhagie sehr reichlich ist, so kann sie sich bis in den Papillarkörper und selbst in die Epidermis erstrecken.

Wenn die Plaque sich umzuwandeln beginnt, verwandeln sich die ausgetretenen Blutkörperchen in eine bräunliche, körnige Masse, die in das Protoplasma der Zellen eindringt, und zwar sowohl der Zellen des Cutisbindegewebes, als in diejenigen der tiefen Schichten des Rete Malpighii.

Zwischen den klinischen und den anatomopathologischen Veränderungen der Purpura senilis besteht ein konstanter Parallelismus. Die Effloreszenzen treten immer dann auf,

wenn die Haut die charakteristischen Veränderungen der senilen Atrophie zeigt. Jede Effloreszenz weist zwei fundamentale Merkmale auf: diffuse, ziegelrote Färbung mit angiektatischen Streifen und rötlichblauen Zonen. Der ersteren entspricht eine Dilatation der Gefäfse, besonders der Venen, mit Austritt von roten Blutkörperchen per diapedesin, den letzteren eine Hämorrhagie per rhexin der schwer veränderten und zerstörten Gefäfswandungen.

Aus diesem Befunde lassen sich die ätiologischen Momente der Purpura senilis leicht ableiten, nämlich das vorgerückte Alter und die senile Atrophie der Haut.

Unter 2325 Leuten von verschiedenem Alter habe ich die Purpura senilis 13 mal in folgenden Verhältnissen gefunden: zweimal bei Leuten von 66 Jahren (Fall VI und XIII), einmal im 68. (Fall III), zweimal im 72. (Fall VI und XI), zweimal im 80. (Fall X und XII), dreimal im 81. (Fall I, V, IX), einmal im 83. (Fall VII), zweimal im 84. (Fall II und VIII). Die drei von Leichen stammenden Hautstücke gehörten Patienten von 79 resp. 81 und 85 Jahren an. Als unterste Altersgrenze finden wir somit in unserer Statistik das 65. Jahr; von da an wird die Affektion mit zunehmendem Alter immer häufiger. Von den 2325 untersuchten Individuen hatten 957 das 65. Altersjahr überschritten oder wenigstens erreicht. Sie wird somit in einer Proportion von 1,3% in der für das Auftreten der Krankheit günstigen Periode angetroffen.

Das weibliche Geschlecht wird häufiger befallen als das männliche, auf welchen Umstand bereits Unna hingewiesen hat. Unter meinen Patienten befanden sich neun Frauen und vier Männer bei einer ungefähr gleichen Anzahl von Individuen der beiden Geschlechter.

Nach dem Alter kommt als wichtigster ätiologischer Faktor der atrophische Zustand der Haut in Betracht. Bateman und Unna haben ihn in allen ihren Fällen beobachtet. Bei meinen 13 Patienten fand ich ihn konstant, und kann ich noch beifügen, dafs er an den Stellen am ausgesprochensten war, die der Lieblingssitz der Dermatose sind, nämlich an den oben mehrmals angeführten. Dieser Umstand mufs nach meiner Ansicht mit dem Berufe der Patienten in Beziehung gebracht werden, da ich die Affektion nur bei Bauern und Handwerkern angetroffen habe, d. h. bei Leuten, deren Arme und Beine am meisten äufseren Einflüssen ausgesetzt sind. Es handelt sich hier aber offenbar nur um eine prädisponierte, nicht aber um eine kausale Beziehung zwischen Dermatose und äufseren Reizen, da die Krankheit in einem Alter auftritt, wo der Befallene gewöhnlich seinen Beruf nicht mehr ausübt, und sehr häufig bei solchen, die sich ganz bewegungslos im Bette aufhalten. Aus den anamnestischen Angaben über meine Patienten geht hervor, dafs die Affektion

spontan auftritt, und wie wir oben gesehen, vermochte ich niemals auf künstlichem Wege Effloreszenzen hervorzurufen.

Über die Lokalisation der Purpura senilis haben wir uns mehrfach ausgesprochen. In meinen Fällen waren von im ganzen 24 Plaques zehn auf den Handrücken, neun auf der Streckseite der Vorderarme, vier auf der Streckseite der Beine und nur eine auf einem Fufsrücken lokalisiert.

Mit irgendwelcher bestimmten inneren Krankheit scheint die Dermatose nicht in Beziehung zu stehen. Die Individuen, die ich sah, waren von den verschiedensten Krankheiten affiziert und hatten übrigens schon Erscheinungen der Dermatose gezeigt, als sie noch vollständig gesund waren.

In den Blutkörperchen und im Urin habe ich nichts Besonderes konstatiert.

Soweit die ätiologischen Bedingungen der Purpura senilis; schwierigerer Art ist die Pathogenese der Dermatose. Unna stellt sich in dieser Beziehung folgende Fragen: Wird die Purpura senilis verursacht durch Gefäfsrupturen (rhexis) oder durch einfache Auswanderung durch die Gefäfswandungen hindurch (diapedesis)? Ist die Hämorrhagie ein notwendiger Folgezustand der Hautdegeneration oder ist sie vielmehr deren Ursache? Besteht wirklich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den beiden Prozessen (Degeneration und Hämorrhagie)?

Unna hat nur in einem von seinen vier Fällen sehr ausgesprochene Degenerationsveränderungen der Haut mit Gefäfszerreifsungen gefunden und neigt deshalb zur Ansicht, dafs man die Purpura senilis als eine Hämorrhagie per diapedesin aufzufassen habe; er nimmt jedoch an, dafs „zuweilen ein leichtes Trauma, wie z. B. das Kratzen in der degenerierten und brüchigen Haut, eine Ruptur mit nachfolgender Ecchimose verursachen kann, die sich da ausbreitet, wo die Degeneration am weitesten vorgeschritten ist".

Ich für mich habe in einer Menge von Serienschnitten konstatieren können, dafs die beiden Prozesse, Gefäfsruptur und Auswanderung von roten Blutkörperchen, stets nebeneinander bestehen, so dafs man unmöglich nur dem einen derselben den Bildungsmechanismus der Purpura senilis zuschreiben kann.

Noch eine andere Ansicht Unnas scheint mir unhaltbar, nämlich dafs die Gefäfsruptur ein Folgezustand von Traumen sei; derartiges läfst sich nämlich niemals aus der Anamnese eruieren, während die Gefäfslaceration ein konstanter Befund bei der Affektion und in jeder Effloreszenz zu finden ist, und weil es mir unwahrscheinlich ist, dafs ein Trauma nur einzelne Teile der Plaque treffen kann, während andere verschont bleiben.

Was nun die Beziehungen zwischen Hautdegeneration und Hämorrhagie anbelangt, so habe ich mit hinreichender Konstanz beobachtet, dafs die Auswanderung von roten Blutkörperchen durch die Gefäfswandungen in

jenen Abschnitten der Cutis vorkommt, wo die senilen Degenerationserscheinungen nicht so schwer sind, wo die Morphologie und die gegenseitigen Beziehungen der Gewebselemente erhalten geblieben und wo nur Änderungen in der Affinität der elastischen Fasern und des Kollagens zu den Farbstoffen bestehen. Die Gefäfsrupturen werden nur in den Abschnitten der Cutis angetroffen, wo sämtliche Elemente schwere morphologische und tinktorielle Veränderungen erfahren haben, mit Schwund des elastischen Gewebes und Umbildung des Kollagens in Kollastin und Kollacin. Deshalb glaube ich aus der Konstanz dieses Befundes schliefsen zu dürfen, dafs ein konstantes Band zwischen der Hautdegeneration und der Hämorrhagie besteht. Welche von beiden ist das primäre Phänomen und wie beeinflussen sie einander?

Die Tatsache, dafs sich die Purpura senilis stets und ausschliefslich auf einer Haut entwickelt, welche die klinischen und anatomischen Merkmale der Atrophie aufweist, bildet einen hinreichenden Beleg dafür, dafs der Bildung von Hämorrhagien notwendigerweise Degenerationserscheinungen vorausgehen. Da aber, wie wir gesehen haben, letztere aus uns noch unklaren Gründen, dort am ausgesprochensten sind, wo eine Auflockerung der Gefäfswandungen mit nachfolgender Auswanderung von roten Blutkörperchen stattgefunden hat, ist es nur logisch anzunehmen, dafs das extravasierte Blut seinerseits die umgebenden Gewebe in der Weise beeinflufst, dafs die Degenerationserscheinungen an Intensität zunehmen; dadurch entstehen morphologische und tinktorielle Veränderungen, welche ohne Unterschied sämtliche Elemente der Cutis befallen. Als weiterer Folgezustand der letzteren sind die Zerreifsungen der Gefäfswandungen zu betrachten, welche einerseits durch den Ausfall des umgebenden Stützgewebes, andererseits durch die Beteiligung der dasselbe zusammensetzenden Elemente an dem Prozesse bedingt sind.

Diese Auffassungsweise findet ihre Bestätigung im klinischen und histologischen Befunde. Wir haben nämlich gesehen, dafs in den Plaques die bläulichroten Zonen, in denen sich beträchtliche Blutergüsse gebildet haben, stets in einer gewissen Entfernung von der ursprünglichen Plaque entstehen, d. h. nachdem die Diffusion des Blutes (durch Gefäfsruptur) in das Gewebe stattgefunden hat.

Die Degenerationserscheinungen in der Haut sind somit ein notwendiges Element für die Bildung der Hämorrhagie. Das Umgekehrte läfst sich kaum annehmen, nämlich dafs die Hämorrhagien ein Folgezustand der Hautentartung sei; diese existiert nämlich in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade in dem ganzen Gebiete, welches die ausschliefsliche Zone der Krankheit bildet, und zwar ohne dafs es überall und bei allen Individuen zum Ausbruch der Dermatose kommt. Zum Entstehen der Purpura senilis ist es somit notwendig, dafs eine andere Ursache hinzu-

trete, die sich aus der klinischen und anatomischen Beobachtung nicht ableiten läfst. Ich will mich deshalb auch nicht erkühnen, hierüber eine Ansicht zu geben, da ich dabei nicht über das Feld bloſser Hypothesen hinauskäme. Dagegen glaube ich auf Grund meiner klinischen Beobachtungen und meiner experimentellen Untersuchungen behaupten zu dürfen, dafs Traumata dabei nicht in Betracht kommen.

Meine Schlufsfolgerungen gehen dahin, dafs die Purpura senilis ihre Entstehung einem Bluterguſs in die Cutis verdankt, und zwar sowohl infolge einer Auswanderung der Blutkörperchen durch die Wandungen der Gefäfse, besonders der Venen, als infolge einer Ruptur derselben; dafs die Degeneration der Haut die primäre Erscheinung und eine notwendige Voraussetzung der Hämorrhagie, dafs aber letztere nicht eine notwendige Folge der ersteren ist; dafs endlich der degenerative Prozefs in der Cutis durch die Hämorrhagie bedeutend verschlimmert wird.

Aus dem Vorausgegangenen geht hervor, dafs die Autoren offenbar im Unrecht sind, welche der Purpura senilis von BATEMAN jede Selbständigkeit absprechen und sie entweder als gewöhnliche Purpura aufgefafst haben, die „weiter nichts Besonderes an sich hat, als dafs sie bei älteren Individuen angetroffen wird", oder „als ein Blutaustritt infolge von Zirkulationsstörungen mechanischer Natur, die meist an den unteren Extremitäten auftritt".

Zur Widerlegung der ersteren irrtümlichen Ansicht genügt es, auf die ganz besondere Lokalisation der Dermatose hinzuweisen, die auf bestimmte Körperstellen beschränkt bleibt; auf das Aussehen der Plaques; auf ihre Neigung zum Rezidivieren und auf die Tatsache, dafs der allgemeine Gesundheitszustand unberührt bleibt. Gegen die zweite Ansicht spricht der Umstand, dafs die von BATEMAN beschriebene Dermatose nicht vornehmlich die unteren Extremitäten zum Sitze hat und dafs sie von keinem Symptome begleitet wird, das auf das Bestehen von Zirkulationsstörungen aus mechanischer Ursache schliefsen liefse.

Die Purpura senilis ist eine selbständige Krankheit, die ganz bestimmte, konstante und charakteristische klinische und anatomopathologische Merkmale besitzt. Die Vergessenheit, in welche die Dermatose für so lange Zeit geraten war, mufs ihrer besonderen Symptomatologie zugeschrieben werden, die nicht sehr geeignet ist, die Aufmerksamkeit des Patienten oder des Arztes auf sich zu richten.

Um die Affektion aus dieser Vergessenheit heraus und an das Tageslicht zu ziehen, habe ich getrachtet, ihr an der Hand neuen Materials einen definitiven Posten unter den selbständigen Dermatosen zu sichern.

Bibliographie.

Unna, Purpura sénile. *Journ. Mal. Cut. et Syphil.* 1896. S. 129.
„ Histopathologie der Haut. Berlin 1894.
Willan-Bateman, übersetzt von Blasius. Leipzig 1835. S. 140.
Bayer, deutsch von Stennius. Berlin 1839.
Wilson, Die Krankheiten der Haut. 1850. S. 429.
Fuchs, Die krankhaften Veränderungen der Haut. 1840.
Cazenave et Schedel, Maladies de la peau. 1838. S. 515.
Green, A practical compendium of the diseases of the skin.
Riecke, Handbuch über die Krankheiten der Haut. 1841. S. 600.
Neumann, Lehrbuch. 1880. S. 342.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud.

Von

Dr. J. Preuss-Berlin.

(Fortsetzung.)

X.

Päderastie.

Die Päderastie rechnet die Bibel zu der „Handlungsweise Ägyptens, in dem ihr gewohnt und zu der Handlungsweise Kanaans, in das ich euch bringe. Ihrem Tun entsprechend sollt ihr nicht tun und in ihren Gebräuchen nicht wandeln. Sondern meine Gesetze sollt ihr halten und meine Gebräuche bewahren, die der Mensch tun soll, damit er durch sie lebe, ich bin der Ewige!“[1] Nachdem dann eine Reihe ehelicher Verbindungen verboten, die Kopula mit der Menstruierenden, mit dem Weibe des Nächsten und der Molochdienst untersagt ist, fährt die Schrift fort: „das männliche (Individuum) darfst du nicht beschlafen mit den Beischlafsarten des Weibes, ein Greuel ist das,“[2] und etwas später in ähnlichem Zusammenhange, nur ohne die gleichzeitige Erwähnung des Molochdienstes: „Wenn ein Mann das männliche (Individuum) mit den Beischlafsarten des Weibes beschläft, so haben beide ein Greuel verübt, sie sollen sterben, ihr Blut sei an ihnen!“[3]

Aus dem an beiden Stellen, allerdings nur im Urtext, der aber doch der allein maſsgebende sein sollte, sich findenden Plural mischkebé ischa, copulae, folgern die Rabbinen im Talmud, daſs dadurch die Schrift

---

[1] Lev. 18, 3 ff. [2] ib. v. 22. [3] ib. 20, 13.

nicht nur den Coitus, die Immissio penis (in anum) cum ejaculatione sondern auch die appositio membri, auch alle beischlafsähnlichen Handlungen, wie wir sagen würden, treffen und mit dem Tode u. z. mit dem Tode durch Steinigung bestraft wissen wollte.[8]

Die modernen Verteidiger der Homosexualität[9] haben gemeint, nur die Pädikatio, sofern sie kultischen, d. h. götzendienerischen Zwecken diente, sei von der Schrift verboten und zum Beweise angeführt, dafs an der ersten, oben zitierten Stelle das Verbot der Päderastie unmittelbar auf das des Molochdienstes folge. Dagegen ist einzuwenden, dafs im zweiten Zitat diese Zusammenstellung mit dem Götzendienst fehlt, das Verbot vielmehr inmitten unter den Verboten der Blutschande und des Ehebruches sich findet und auch an der ersten Stelle das Verbot der Unzucht mit Tieren sich unmittelbar anschliefst. Die Ausrottung der Unzucht in allen ihren Formen, auch ohne kultische Beziehungen, ist Aufgabe der mosaischen Gesetzgebung. Wie Israel in Ägypten, dem Lande der Unzucht, „die Rose unter den Dornen“[1] war, so sollte es auch in Kanaan bleiben.[2]

Für diejenigen Personen männlichen und weiblichen Geschlechts, die sich zu kultischen Zwecken, besonders wohl im Dienste der persischen Astarte, prostituierten, hat die Bibel die Sonderbezeichnung qadesch resp. qedescha, (den Götzen) Geweihte. Sie werden ebenfalls, aber gesondert von der Pädikatio, verboten.[3] Aber sobald die Kinder Israel wieder anfangen „zu tun alle Grouel der Heiden, die Gott vor ihnen ausgetrieben,“ wie zur Zeit des Königs Rehabeam, ist auch der Lustbube wieder da,[4] der König Asa vertreibt sie,[5] aber den letzten Rest kann erst sein Sohn Josafat vertilgen.[6] Trotzdem eifert noch hundert Jahre später der Prophet Hosea, dafs „sie sich verstecken mit Buhlerinnen und mit Tempeldirnen, qedeschoth, opfern.[7] Als Jerusalem unter griechischer Herrschaft stand, ist der Tempel angefüllt mit Üppigkeit und Ausschweifung von den Heiden, welche mit den Buhlerinnen buhlten und in den heiligen Vorhöfen sich mit den Weibern vermischten.[8] Nur diese Tempelprostitution soll nach Wirz[9] der Apostel im Auge haben, wenn er gegen die Heiden den Vorwurf erhebt: die Männer verliefsen den natürlichen Gebrauch des Weibes und entbrannten in ihren Begierden gegen einander, indem sie, Männer mit Männern, Schändlichkeiten trieben![10]

---

[1] Sanh. 55a. [2] Homosexualität und Bibel. Von einem katholischen Geistlichen. Jahrb. für sexuelle Zwischenstufen, Bd. IV (1902); Wirz, Der Uranier vor Kirche und Schrift, ibid. Bd. VI (1904). [3] Cant. 2, 2. [4] Lev. r. 23, 7. [5] Dt. 23, 18. [6] I. Kön. 14, 24. [7] ib. 15, 12. [8] ib. 22, 47. [9] Hos. 4, 14. [10] II. Macc. 6, 4. [11] l. cit. S. 38. [12] Römer 1, 27.

Den Lohn ihrer Unzucht brachten viele der heidnischen Prostituierten ihrem Tempel als Opfer dar[1] — die Hierodule selbst empfing wohl keine direkte Bezahlung, sondern der Preis wurde an den Tempel entrichtet. Daher schliefst sich in der Bibel an das Gebot: „es soll keine qedescha sein unter den Töchtern Israels und kein qadesch unter den Söhnen Israels" unmittelbar das weitere Gebot an: „Du sollst nicht den Lohn einer Dirne (zona, nicht qedescha) und den Kaufpreis eines Kynäden (kéleb) in das Haus des Ewigen, deines Gottes zu irgendeinem Gelübde bringen; denn ein Gräuel des Ewigen, deines Gottes, sind auch sie beide," nicht nur die eigentlichen Hierodulen, um keinen Zweifel darüber aufkommen zu lassen, dafs kein Opfer, das durch Unzucht erworben, der Gottheit genehm sei. Nicht einmal um einen Abort für den im Tempel amtierenden Hohenpriester zu bauen, sollte man Hurenlohn verwenden (Schmutz für Schmutz), wird im Talmud gelehrt.[2] Von der Plossschen Behauptung, dafs „die Priester sogar für das Heiligtum Geld oder andere Geschenke annehmen durften, welche durch die Prostitution erworben waren,"[3] ist also das gerade Gegenteil richtig.

Der an der zuletzt zitierten Bibelstelle für den Päderasten gebrauchte Ausdruck kéleb, der sonst „Hund" bedeutet, findet sich bei den griechisch redenden Juden zur Zeit Jesu als *κύνες* wieder,[4] schwerlich in dem alt-homerischen Sinne, den das Wort kéleb übrigens auch im Talmud hat, als Bezeichnung der Frechheit — der Hund ist im Orient ja nicht der Freund und Gefährte des Menschen — viel wahrscheinlicher der Beobachtung entnommen, die man ja an den herrenlos auf der Strafse umherlungernden Hunden am leichtesten machen konnte, quo modo canis coeat cum cane. Mit dem Ausdruck *σκύλαξ*, der sonst den jungen Hund bedeutet, bezeichneten die Griechen den Cunnilingus. Über die Talmud-Legende von der Familie des Goliath, die das kéleb[5] offenbar auch in unserem Sinne nimmt, cf. Lewysohn, Zoologie des Talmuds § 511.

Der Talmud nimmt übrigens an der zitierten Stelle das „kéleb" wirklich im Sinne von „Hund", verbietet also den Erlös für den Verkauf eines Hundes (Tauschobjekt) als Tempelspende zu verwenden.[6] Auch nach Josephus ist hier das Verbot der Verwendung des Verdienstes aus dem Belegen eines Jagd- oder Schäferhundes, *ἐπ' ὀχεύσει κυνός*, ausgesprochen.[7]

Aus der Tatsache, dafs die Bibel die Tribadie garnicht erwähnt, die Untreue der Ehefrau dagegen mit dem Tode straft, also unseren Moralbegriffen nicht entsprechende Vorschriften gibt, ist schlechterdings nichts

---

[1] cf. Micha. 1, 7. [2] Ab. z. 17a. [3] Ploss, Das Weib, [6], S. 486. [4] Offenb. 22, 15. [5] I. Sam. 17, 43. [6] Them. VI, 3; T. Them. IV, 6/9; Sifré z. St. [7] Antt. IV, cap. 8, 9. [8] Sot. 42b.

zu folgern, da zunächst jedes Gesetz aus seiner Zeit und seinem Milieu heraus erklärt werden muſs. Aber auch noch unser Strafgesetz läſst nicht nur die Tribadie, sondern wie wir erst jüngst schaudernd erfuhren, sogar die Unzucht mit Leichen straflos! Dagegen ist dem „katholischen Geistlichen“ ohne Weiteres zuzugeben, daſs der Ausdruck „Greuel“ — im Urtext steht theëba — keinen Grund bietet, „auf eine mehr als gewöhnliche Sündhaftigkeit zu schlieſsen“, ebensowenig wie die Androhung der Todesstrafe für die Päderastie einen „Beweis für irgendwelche innere Sündhaftigkeit bildet.“ Als Analogon aus unserer Zeit könnte hier angeführt werden, daſs nach unserem Strafgesetz für Hochverrat dieselbe Strafe verhängt werden kann wie für einen Totschlag.

Ebenso zutreffend ist sein Schluſsergebnis, daſs „die Bibel den Homosexuellen zur Enthaltsamkeit verpflichtet, aber nicht anders, sondern ganz in demselben Maſse und in derselben Weise, wie sie auch den normalgeschlechtlichen Menschen auſserhalb der Ehe dazu verpflichtet.“ Eine Ehe zwischen Menschen desselben Geschlechts gibt es aber nach biblischer und wohl auch nach sonstiger Auffassung nicht. Nur sollte man nun auch weiter gehen und sagen, daſs nach biblischer Lehre schon jedes Begehren nach Verbotenem, auch ohne „Betätigung“, also die „Empfindung“ allein, zwar nicht „ehrlos“, aber sündhaft und ihre Unterdrückung daher religiöse Pflicht ist.

XI.

Die Päderastie gehört nach den Talmudisten zu den Verbrechen, bei denen Notwehr, sogar wenn nicht anders möglich, unter Tötung des Angreifers, nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten ist u. z. nicht nur dem Angegriffenen, sondern jeder Dritte, der ein solches Attentat sieht, hat die Pflicht, den Angreifer unschädlich zu machen.[1] Die Päderastie zählt zu den Dingen, wegen der die Sonne am Firmament ihr Antlitz verhüllt.[2]

Gerade in der Zeit der Entstehung des Talmuds hatten die Rabbinen reichlich Gelegenheit zu sehen, wie die Übung der „Lieblingsminne“ zum guten Ton der hohen und höchsten Kreise zu gehören begann, gaben doch die Kaiser selbst das gräulichste Beispiel dazu.[3] Hat doch auch Alexander, des Herodes Sohn, seine Kammerdiener (Eunuchen) durch groſse Geschenke *εἰς τὰ παιδικὰ ὑπήγετο*.[4] Es ist darum leicht verständlich, wenn die Talmudisten in den „Königen der Völker, die da liegen jeder in seinem Hause,“ von denen der Prophet spricht,[5] einen Hinweis auf die Fürsten ihrer Zeit sahen.[6] Wenn Potiphar den Josef

---

[1] Sanh. 73a. [2] Succ. 29a. [3] Rosenbaum, op. cit. S. 119. [4] Josephus, Bell. jud. I. cap. 24, 7. [5] Jes. 14, 18. [6] Sabb. 149b.

kaufte, der „schön war von Gestalt und Gesicht,“[1] so beabsichtigte er, ihn zur Päderastie zu gebrauchen. Gott aber machte den Potiphar zum Kastraten (Eunuchen), so dafs er unschädlich wurde, gleich wie man einer Bärin, die die Kinder ihres Herrn zerrissen hatte, die Beifszähne ausbricht.[2]

Zur Zeit der Hungersnot kommen die Ägypter zu Josef: nur unsere Leiber und unser Land besitzen wir noch, kaufe uns und unser Land für Brot.“[3] Sie waren also gezwungen, auf unsittliche Weise (ἀσχήμονα) ihr Leben zu fristen, erläutert dies Josephus.[4] Er nahm offenbar das gewijja des Urtextes, das sonst „Körper“ bedeutet, im Sinne von Penis, wie auch die Griechen ihr σῶμα in beiden Bedeutungen gebrauchten. Aus hebräischen Quellen kenne ich diese Schriftauslegung nicht.

Wie von Wirz sogar Jesus und Johannes zu einem homosexuellen Liebespaar erklärt werden, möge man in seiner Schrift selbst nachlesen.[5]

XII.

Der Vorbeugung gegen diese Unzucht dienten offenbar die Vorschriften der Mischna, dafs nicht zwei unverheiratete Männer in einem Mantel (Bettdecke) schlafen sollten,[6] ferner die Bestimmung, dafs ein Unverheirateter nicht Knabenlehrer sein dürfe,[7] womit L. Löw das Gesetz Solons vergleicht, das einen Schulvorsteher oder Gymnasiarchen, der einem Erwachsenen den Zutritt zur Schuljugend gestattet, mit dem Tode bestraft wissen wollte.[8] Die Gemara glaubte allerdings, dafs bereits die biblischen Gesetze gegen die Pädikatio auf die Juden einen derartig erziehlichen Einfluſs ausgeübt hätten, dafs diese Gefahr bei ihnen nicht mehr zu befürchten sei und begründet daher die letzterwähnte Vorschrift der Mischna damit, dafs der junge Lehrer durch den Verkehr mit den Müttern, die ihre Kinder zur Schule bringen, leicht straucheln könnte.[9] Bei Heiden aber meinte man, besonders beim Einzelunterricht, auch vor der Päderastie nicht sicher zu sein.[10]

XIII.

In vielen Beziehungen interessant ist ein Bericht, den Josephus aus der Geschichte des jüdischen Krieges bringt. Die Manneszucht im galiläischen Heere hat sich gelockert, Männer morden, Frauen schänden dient den Soldaten zur Kurzweil. Noch triefend vom Blute ergaben sie sich aus Überdrufs ungescheut weibischem Gebaren, indem sie sich das Haar frisierten, Weiberkleider anzogen, sich mit wohlriechendem Öl salbten,

---

[1] Gen. 39, 6. [2] Gen. r. 86, 3 cf. Sot. 13a. [3] Gen. 47, 18. [4] Antt. II. cap. 7. [5] l. c. S.-Abdr. S. 32; 2. Aufl. 1905, S. 78. [6] Qidd. IV, 15. [7] ibid. 13. [8] Ges Schr. III, 19. Anm. [9] Qidd. 82a. [10] T. Ab. z. III. 2.

und sich zur Zierde die Augen bemalten. Aber nicht allein was Putz anlangt, suchten sie es den Weibern gleichzutun, sondern sie liefsen sich auch als solche gebrauchen und ersannen im Übermafs der Geilheit widernatürliche Lüste (ἡδονὰς ἀθεμίτους). Wie in einem Bordelle wälzten sie sich in der Stadt umher und befleckten dieselbe mit lauter Werken der Unzucht.[1]

Vielleicht hat die „hervorragend sanitäre Mafsregel" der Einrichtung von Bordellen in deutschen Kolonien ähnlichen Erfahrungen ihre Entstehung verdankt.[2]

XIV.

In der biblischen Erzählung vom Untergange Sodoms und Gomorrhas haben die neueren Schriftsteller über Homosexualität auf die Erwähnung der Päderastie mehr Gewicht gelegt, als den alten Bibelerklärern jemals eingefallen ist.

Der biblische Bericht besagt:

Gott spricht: obwohl das Geschrei über Sodom und Gomorrha stark und ihre Sünde sehr schwer ist, so will ich doch selbst hinabsteigen und sehen, ob sie wirklich getan, wie das Geschrei, das zu mir gedrungen. Dann treffe sie Verderben; wenn aber nicht, nicht; ich will es wissen. Am Abend kommen die beiden Engel Gottes und kehren bei Lot ein. Noch hatten sie sich nicht zur Ruhe begeben, als die Männer der Stadt, Männer von Sodom, vom Jüngling bis zum Greise das Haus umringten, das ganze Volk von allen Enden, nach Lot riefen und zu ihm sprachen: „Wer sind die Männer, die heute abend zu Dir gekommen sind, führe sie zu uns heraus, damit wir sie erkennen!" Lot geht zu ihnen heraus an den Eingang, nachdem er die Tür hinter sich geschlossen, und bittet: „Handelt doch nicht böse, liebe Brüder! Sehet, ich habe zwei Töchter, die noch keinen Mann kennen, sie will ich zu Euch herausführen, ihnen tut, was Ihr für gut befindet, nur diesen Männern tuet nichts; denn deshalb (um Schutz zu haben) sind sie in den Schatten meines Dachbalkens gekommen." Sie aber sprachen: „Hinweg! Da kommt ein einzelner als Fremder hierher und will den Richter machen! Jetzt werden wir mit Dir noch schlimmer verfahren als mit ihnen!" Sie dringen auf Lot ein und versuchen die Tür aufzubrechen. Gott aber schlägt sie mit Blindheit, so dafs sie den Eingang nicht finden. Nachdem Lot und seine Familie in Sicherheit gebracht sind, werden Sodom und Gomorrha durch einen Regen von Schwefel und Feuer zerstört.[3]

---

[1] Josephus, Bell. jud. IV. cap. 9, 10 nach d. Übers. von Clementz. [2] Abg. Held in der 81. Sitzung des Reichstages vom 31. März 1906. [3] Gen. 18, 20ff. 19, 4ff.

Sodom gilt in der Bibel und auch dem nachbiblischen Schrifttum als Typus aller Laster, besonders aber der Hartherzigkeit gegen Arme.[1] „Sodomitische Trauben" ist der poetische Ausdruck für die Früchte einer sittlich entarteten Handlungsweise,[2] „sodomitische Fürsten" sind hartherzige.[3] Das Fehlen jedes altruistischen Gefühls, „wer sagt, was mein ist, ist mein, was dein ist, ist dein," wird von der Mischna als sodomitischer Charakter bezeichnet.[4] Es lag daher sehr nahe, dafs man ihnen neben allen übrigen Lastern auch das der Päderastie zuschrieb, indem man das „wir wollen sie erkennen" im Sinne von „koitieren" nahm. Das geschieht aber ganz beiläufig,[5] höchstens in dem Sinne, als ob das beabsichtigte unsittliche Attentat etwa das Mafs der Gräuel zum Überlaufen gebracht hätte.[6] Nur der Alexandriner PHILO scheint auf das Sexuell-Perverse gröfseres Gewicht zu legen, indem er berichtet, die Sodomiten wären mit der *νοῦσος θήλεια* behaftet gewesen.[7] Wäre diese Auffassung aber bereits im frühen Altertum die herrschende gewesen, so hätten die Propheten, die ja so viel gegen die Unzucht ankämpften, sicherlich nicht unterlassen, auf Sodom zu exemplifizieren. Aber nirgends geschieht dies, so oft auch Sodom von ihnen erwähnt wird. Der unbefangene Leser gewinnt vielmehr den Eindruck, als ob die Mifsachtung der Gastfreundschaft, die dem Orientalen ja als eine der heiligsten Pflichten gilt, weit mehr den Ausschlag gegeben habe und die ganze Handlungsweise der Sodomiten als ein ungewöhnlicher Rohheitsakt gegen den einzigen Andersgläubigen in ihrer Mitte erschien, dessen vornehmen Besuch sie neidisch und mifstrauisch betrachten, den sie daher selbst kennen lernen wollen. Hätte Lot in seinen Mitbürgern Homosexuelle gesehen, er hätte ihnen sicherlich statt seiner jungfräulichen Töchter seine Schwiegersöhne und Söhne, die ja ebenfalls bei ihm waren,[8] angeboten. Aufserdem ist die Vorstellung, dafs eine ganze Stadt, „von Jung bis Alt", lauter päderastische Einwohner gehabt habe, nicht gerade leicht, ganz abgesehen davon, dafs doch dann beim Untergang beider Städte die Frauen ganz schuldlos gestraft worden wären. Oder will man behaupten, Sodom hätte überhaupt keine weiblichen Einwohner gehabt, weil die Schrift sie nicht erwähnt?

Die Behauptung, dafs die sexuelle Perversion von der Bibel als Grund des Unterganges der Doppelstadt hingestellt würde, ist also durchaus abzuweisen und bedarf keiner weiteren Widerlegung. Damit erledigt sich auch die weitere Behauptung, die an sich ganz unwahrscheinlich ist, dafs die Unzucht nur zu kultischen Zwecken beabsichtigt war.

---

[1] Ezech. 16, 49/50. [2] Dt. 32, 32. [3] Jes. 1, 10. [4] Aboth. V, 13. [5] z. B. Gen. r. 50, 5, auch Jos. Antt. I. Cap. 11, 3. [6] Jalqut z. St. § 585. [7] de Abrahamo S. 20, vgl. ROSENBAUM, op. cit. S. 175. [8] Gen. 19, 12. 14.

Dagegen ist es selbstverständlich, daſs man an dem Anerbieten Lots, seine Töchter preiszugeben, gewaltigen Anstoſs nahm: aus seinem Guten, der Sorge um den Schutz des Gastfreundes, lernen wir auch sein Schlechtes, seine Leichtfertigkeit in der Bewertung der Prostitution.[1] Wenn daher der Apostel Lot einen Gerechten nennt,[2] so ist in den Schriften der Juden seine Charakteristik minder schmeichelhaft.[3]

Der ärztliche Sprachgebrauch versteht unter Sodomie die Unzucht mit Tieren; das ist jedenfalls, wie aus Obigem ersichtlich, historisch falsch. Nur die Pädikatio dürfte allenfalls diesen Namen führen, wie es in England tatsächlich geschieht. Allerdings heiſst hier auch die Pädikatio feminae feminal Sodomy. Auf Päderastie steht in England, wie bekannt, auch heute noch die Todesstrafe, auf Sodomie (Unzucht mit Tieren) lebenslängliches Zuchthaus.[4]

(Fortsetzung folgt.)

[1] Nachmanides z. St. [2] II. Petri 2, 7. [3] z. B. Tanch. z. St. ed. Buber S. 49b. [4] Jahrb. f. sex. Zwischenstufen, Leipzig 1899, Bd. I, S. 142.

Versammlungen.

Originalbericht über den IX. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Bern.

Von

Dr. Fr. E. Hopf,
Arzt für Hautkrankheiten in Dresden.

(Schluſs.)

Zweiter Sitzungstag.

Es demonstriert Jadassohn:

1. drei Geschwister von fünf bis zwölf Jahren mit **Granulosis rubra naris.** Die Granulosis wie die Hyperidrosis, auf der sie beruht, sind in der Familie zu Hause;

2. eine 28jährige Patientin mit **neurodermitischem Ekzem mit Asthma.** Letzteres vikariiert aber weder, noch koinzidiert es mit den Hautkrankheiten;

3. ein 16jähriges Mädchen mit **Neurodermite disseminée** oder **Prurigo diathésique Besnier.** Gegen Hebrasche Prurigo spricht scharfe Abgrenzung der Affektion am Halse, die Gröſse einzelner Effloreszenzen und das Auftreten erst im 14. Jahre. Arsen- und Diättherapie bisher ohne Erfolg. Gute psychische Beeinflussung.

Finger-Wien hält das Leiden für eine **Urticaria chronica.**

4. demonstriert Jadassohn zwei Kinder mit **Narben von Tuberkuliden.**

Kind a) hat erst **Lichen scrophulosorum** gehabt, dessen Reste noch zu sehen sind. Damals war Reaktion auf Tuberkulin vorhanden.

Kind b) weist **papulo-nekrotische Tuberkulide** auf mit sekundären pyodermitischen Infektionen.

Dind-Lausanne berichtet über eine **neue Ekzembehandlung mit flüssigem Asphalt** (Steinkohlenteer). Besonders gute Erfolge sah er bei Skrotalekzem. Das Präparat wird einfach mit dem Pinsel aufgetragen.

Auch Veiel-Cannstatt sah neuerdings bei Ekzem gute Wirkung vom Steinkohlenteer. Herxheimer-Frankfurt warnt davor, in Fällen von akutem Ekzem, Steinkohlenteer anzuwenden; er und der Holzteer noch mehr mit ihren reizenden Pyridinbasen wirkten zweifellos irritierend.

Hierauf ergreift das Wort Hoffmann-Berlin zu seinem grofsangelegten, anderthalbstündigen Bericht: Über den **„derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis"**. Im April bis Mai des Jahres 1905 wurden die ersten drei Arbeiten von Schaudinn und Hoffmann veröffentlicht und schon nach einem halben Jahre waren über 100 Publikationen über den Gegenstand zu verzeichnen. Heute sind es schon unzählige. Aus allen Veröffentlichungen darf man wohl zusammenfassend schliefsen, dafs die Frage der Ätiologie der Syphilis als gelöst anzusehen ist. Donné hatte schon Anfang der 70er Jahre eine Spirochäte als Lueserreger beschrieben, doch war dies wohl die Spirochaete refringens. 1903 hat Bordet Spirillen in einer Mundpapel und einem Primäraffekt gefunden. Schaudinns Arbeiten entstanden auf Anregung durch Siegel. Zuerst haben Schaudinn und Hoffmann in Genitalpapeln und Sklerosen die Spirochäte gefunden, später in Drüsen und punktiertem Milzsaft. Auch andere Spirillen wurden gefunden, welche von der pallida zu differenzieren waren. Es haben sie dann Buschke in inneren Organen, Mettschnikoff, Levaditi und Salmon bei Affen gefunden und man kann wohl sagen, dafs sie heute in fast allen syphilitischen Produkten nachgewiesen worden ist, sowohl in allen Exanthemen wie in tertiären Prozessen, wo Doutrelepont, Grouven und Tomaszewski die Spirochaeta pallida in den Randzonen nachwiesen. Auch im Blut, in der Spinalflüssigkeit ist sie neuerdings gefunden worden und zwar auf einfachen Ausstrichpräparaten. Herxheimer hat mit Gentianaviolett Spirochäten sichtbar gemacht. Einen grofsen Fortschritt in der Färbetechnik stellten die Arbeiten von Bertarelli dar. Derselbe färbte Schnitte aus Leber und Milz eines syphilitischen Fötus. Levaditi färbte später die Spirochäten sogar in Gewebsstücken.

Von gröfster Wichtigkeit ist nach Hoffmanns Angaben die Technik der Entnahme von Material. Am besten wird aus den Geweben ausgepreſster Saft von Sklerosen und Papeln verwendet. Hier zeigen sich am reichlichsten die Erreger. Vortragender unterscheidet drei Methoden der Materialuntersuchung, der des Oberflächensekrets, des Reizserums und des Geschabes. Die Reizserumuntersuchung gibt sehr gute Erfolge. Von geschlossenen Papeln hebt man erst die Decke ab, ehe man Sekret entnimmt. Das Blut gewinnt man am vorteilhaftesten aus der gestauten Kubitalvene. Bei der Untersuchung innerer Organe nehme man vom Rand der frischen Schnittflächen ab. Der Drüsengehalt wird durch Punktion gewonnen. Für Schnittuntersuchungen empfiehlt sich die Formalinfixierung nach Levaditi. Bertarellis Silber-Alkoholfixierungen sind ebenfalls gut anwendbar. Bei frischen Präparaten, die auf dem Wege des Reizserums gewonnen sind, sieht man mit gutem Apochromaten die Spirochäten noch in lebhafter Bewegung. Nach Bär läfst sich letztere noch nach Wochen feststellen. Der Vortragende konstatierte dies an seinen in Vaselin eingebetteten Präparaten noch bis zum 30. Tage. Róna u. a. beschleunigten die Färbung durch Erwärmung. Berger-Cöln verkürzte die Färbezeit noch mehr. Die alte Löfflersche Geiselfärbemethode gibt ebenfalls eine schnelle Darstellung der Spirochäten.

Die Spirochaeta pallida ist in frischen Präparaten zart und wenig lichtbrechend von einer Dicke bis zu $^1/_4$ μ. Sie hat acht bis zwölf regelmäfsige, steile Windungen. Charakteristisch ist ihre Bewegungsform. Während andere Spirochäten sich aalartig schlängelnd bewegen, macht die Spirochaeta pallida leichte seitliche Beugebewegungen. Der Zusatz von etwas physiologischer Kochsalzlösung erleichtert das Finden etwas. Das Serum unbehandelter Syphilitiker beschränkte in einzelnen Fällen die Bewegung der Spirochäten. In Glycerin verliert die Spirochaeta pallida nach Schaudinns Angaben ihre Beweglichkeit und wird steif wie ein Stab. Die Tiefe ihrer Windungen ist gröfser als der Abstand der Windungen. Zuweilen sieht man an beiden Enden Geiselfäden, mitunter in doppelten Konturen.

Die Spirochaeta refringens und die der Balanitis unterscheiden sich von der pallida durch Stärke, Bögen und Länge.

Nach Schaudinn teilt sich die Pallida der Länge nach. Die Entwicklung derselben nach den Theorien von Kryzstallowicz und Siedlecki (Kopulation) dürfte kaum der Wirklichkeit entsprechen. Beide haben ihr Sekretmaterial alten, exulcerierten Papeln entnommen.

Auch der Cytoryctes luis Siegel dürfte ätiologisch unberücksichtigt bleiben. Kerne haben die meisten Beobachter in der Spirochaeta pallida nicht zu sehen vermocht. Herxheimer hat allerdings Körnungen in ihr beschrieben. Die vom gleichen Autor angegebene Beobachtung, dafs in der Nacht mehr Spirochäten sich in den Effloreszenzen finden als am Tage, sind anderweit noch nicht bestätigt worden.

Die Spirochaeta pallida ist in ihrer Natur nach wohl eher eine Protozoe als ein Bakterium. Es ist der Einwurf einzelner Autoren zu streifen, dafs die mit Silberfärbung dargestellten Spirochäten gar keine solchen, sondern gefärbte Nervenendigungen seien. Dagegen spricht, dafs man sie auf diesem Wege auch in macerierten Föten nachgewiesen hat, wo doch die Nervenendigungen längst verschwunden sind. Auch sind sie im Gefäfslumen gefunden und gefärbt worden. Von der Syphilis acquisita sind die Sklerosen am meisten untersucht worden. Hier liegen die Spirochäten in Gewebsspalten und in den kollagenen Bindegewebsbündeln, besonders aber in Lymphgefäfsen. Wo der Prozefs der Sklerose am ältesten ist, da liegen die wenigsten Spirochäten, am meisten dagegen in ihren frischen Teilen.

Der Übergang der Spirochaeta pallida ins Blut erfolgt sehr schnell, doch ist nicht zu leugnen, dafs sie hier einen gewissen Widerstand zu überwinden hat. Oft findet sich im Lumen des Gefäfses, im Blut selbst noch keine Spirochäte, obwohl sie schon massenhaft in der Gefäfswand sitzen.

Ehrmann fand bei Sklerosen der Vorhaut und Penishaut Spirochäten in den Nervenscheiden. Veyron und Gérard wiesen sie in der frischen Roseola nach. Jacquet und Césarin fanden körnig degenerierte Spirochäten in der Nebenniere. Reuter und Schmorl sowie Benda sahen Spirochäten in den Gefäfswänden schon vor langer Zeit infizierter Syphilitiker.

Bei der kongenitalen Lues ist die Spirochaeta pallida oft in grofsen Mengen gefunden worden, verblüffend zahlreich im Gefäfsbindegewebe, besonders in der Leber. Hier wandern die Spirochäten in das Protoplasma ein, also in Leber-, Nieren- und Nebennierenzellen. Meist liegen sie allerdings intercellulär. Im Magen liegen sie auch oft in den Muskeln. In den Pemphigusblasen hat man die Spirochaeta pallida ebenfalls gefunden, ebenso bei Orchitis interstitialis im Lumen der Hodenkanälchen, auch in den Eierstöcken, im Plasma der Ovula, in der Placenta seltener, im Nabelstrang häufiger. Was den Befund bei Tieren betrifft, so ist hier die Pallida bei Schimpansen oft, bei niederen Affen seltener gefunden worden. Die Züchtung ist sowohl aerob wie anaerob bisher noch nicht gelungen. Reinkultur und Übertragung

der Syphilis von dieser auf den Menschen stehen noch aus. Doch läfst sich nicht der grofse Fortschritt verkennen, den die Wissenschaft mit der Entdeckung der Spirochaeta pallida gemacht hat. Man kann heute mit Bestimmtheit sagen, ob ein Foetus maceratus auf syphilitischer Basis besteht, ob eine Aortenentzündung spezifisch ist u. a. Auch für die Diagnose des Primäraffektes ist der Spirochätennachweis von Bedeutung. Ein positiver Ausfall der Untersuchung würde es erlauben, nun sofort mit der spezifischen Therapie zu beginnen.

Möglicherweise ist die Spirochaeta pallida ein anaerobes Lebewesen; erstens spricht dafür, dafs sie nicht leicht in die Blutbahn eintritt. Zweitens hält sie sich lange in macerierten, doch ganz sauerstofffreien Föten. Drittens hält sie sich lange unter völligem Luftabschlufs in mit Vaselin geschlossenen Deckglaspräparaten. Aus dem ihr scheinbar schlechte Lebensbedingungen gewährenden Blute scheint die Pallida auch möglichst schnell wieder auszuwandern. Auffällig ist, dafs die pathologischen Anatomen sich so selten syphilitische Berufsinfektionen zuziehen.

Hierauf spricht Herxheimer-Frankfurt über: **Die Spirochaeta pallida.** Er empfiehlt als schnelle Ausstrichmethode Färben, eine Minute lang in der Wärme mit heifsgesättigter wässeriger, täglich zu filtrierender Gentianaviolettlösung. Was die von ihm beschriebenen Körperchen in dem Spirochätenleib betrifft, so hat er die Vermutung, dafs es sich um Kern- und Blepharoblast handeln könne, mit aller Reserve aufgestellt. Die Endkörperchen sind aufgerollte Enden.

Was die Stellung der Pallida anlangt, so sprechen die Y-Figuren, die so regelmäfsig vorkommen, für indifferente Längsteilung, also eher für Protozoen. Zurzeit ist die Frage unentschieden. Vielleicht nehmen die Spirochäten eine Mittelstellung zwischen Bakterien und Protozoen ein.

Derselbe berichtet darauf über **die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur Lues maligna.** Der Begriff der Lues maligna ist noch keineswegs geklärt; immerhin nehmen die meisten Autoren zwei charakteristische Faktoren in erster Linie an: Zerfall der Effloreszenzen im Frühstadium der Lues und Resistenz gegenüber den spezifischen Mitteln. Es gibt allerdings Fälle mit sehr geringem Zerfall und geringer Resistenz gegen Quecksilber und Jod, sowie andererseits solche, die nie zerfallen und äufserst hartnäckig der Therapie gegenüber sein können. So z. B. gewisse mikropapulöse Syphilide, das Jadassohnsche Samensyphilid, die Cooper-Cotterellschen Formen, viele vegetierende Papeln. Es geht nicht an, die Lues maligna den Spätsyphiliden zuzurechnen, da viele der letzteren Jahrzehnte lang bleiben ohne zu zerfallen.

Der Spirochätenbefund stimmt mit dieser Auffassung nicht überein. Es fanden sich in fünf bis acht Fällen von Syphilis maligna mehr oder weniger zahlreiche Spirochäten. Dieser Befund widerspricht demjenigen von Buschke und Fischer, die in Fällen von Lues maligna niemals Spirochäten fanden.

Es fragt sich daher, wie dieser Widerspruch zu erklären ist. H. fand in geschlossenen Papeln und Pusteln immer analog wie bei den Primäraffekten verhältnismäfsig zahlreiche Spirochäten, nach dem Zerfall werden sie spärlich oder verschwinden gänzlich. Man darf also nicht zu spät untersuchen. Dies Verschwinden erfolgt entweder durch Mischinfektionen mit sekundär hinzugekommenen Bakterien — an und für sich wird die Lues maligna nach H.s Ansicht nicht etwa durch Streptokokkenmischinfektion hervorgebracht — oder durch anaerobes Verhalten der Spirochäten.

Grouven-Bonn berichtet über die in der Bonner Klinik gewonnenen **Ergebnisse über die Ätiologie der Syphilis.** Man hat viele Fälle von Syphilis im Ausstrichpräparat und im Schnitt untersucht. Negativer Ausfall ist wohl zum Teil auf noch nicht ideale Färbetechnik zu schieben. Haben doch auch sich positive Resultate mit

dem Ausstrichpräparat erzielen lassen, wo Levaditis Stückmethode negativ ausfiel. Mehrmals fanden sich in sicher infektiösen Prozessen körnige Gebilde von Spirillencharakter und Spirochätenfragmente. Der Vortragende erwähnt einen Exitus letalis nach Einsetzen der merkuriellen Therapie bei einem Kinde mit kongenitaler Syphilis. Die vorher reichlich im papulo-pustulösen Ausschlag zu findenden Spirochäten waren nach der Behandlung verschwunden. Vielleicht hat das aus ihnen nun freiwerdende Toxin die letale Kachexie hervorgerufen. Grouven erwähnt auch den positiven Befund von Spirochäten bei einem Kranken, der nichts von seiner Lues wufste. Bei einer ebenfalls jede Kenntnis ihrer spezifischen Krankheit leugnenden Frau fanden sich Spirochäten in einem gummösen Unterschenkelgeschwür. Auch bei maligner Syphilis fand G. Spirochäten.

Stein-Görlitz bespricht seine **Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Ausstrich und im Gewebe.**

Ehrmann-Wien fand im Nerven Spirochäten, und zwar liegen dieselben in der Nervenscheide, im Perineurium und eingestreut zwischen den einzelnen Nervenfasern. Sie wandern also im Nerven selbst aufwärts. Es möchten deshalb neben der lokalen Behandlung der syphilitischen Initialaffekte auch sofort Quecksilberpräparate unter die Haut einverleibt werden. In den Lymphsträngen sitzen die Spirochäten ziemlich zahlreich an den Bindegewebsfasern, wo sie Wucherungen erzeugen. Auch bei Lues maligna fand E. die Schaudinnschen Gebilde und zwar bei sog. Varicella syphilitica, jedoch nur an den Rändern der Prozesse, wie in der Mitte.

Winkler-Wien spricht über **Spirochätenfärbung im Gewebe.** Er rät, die nach Levaditi behandelten Präparate mit Kristallviolett nachzufärben. Die Imprägnation der Spirochäten in Gewebsschnitten bringt man ziemlich schnell mittels Argentaminlösungen zustande bei Alkoholmüllerhärtung. Man läfst die Schnitte ein bis zwei Stunden ohne Licht darin liegen und reduziert mit Pyrogallolanilin. Die Spirochäten färben sich schwarzblau.

Zabolotny-St. Petersburg referiert über **experimentelle Syphilis bei Pavianen.** Es gelingt mit absoluter Sicherheit Paviane mit menschlichem Material zu infizieren, Nach der Inkubationszeit von 21—28 Tagen entwickelt sich ein typischer Primäraffekt oft mit Lymphangitis und Drüsenhypertrophie.

Papulöse Erscheinungen wurden in drei Fällen beobachtet. In zwei Fällen kreisförmig gruppiert.

Das Geschwür beginnt mit einer teigigen Infiltration der Haut, und ist von einer Desquamation der Epidermis und einer Exkoriation gefolgt. Die Ränder fühlen sich später hart an.

Bei Passagen des Virus von Affe zu Affe werden die Erscheinungen schärfer ausgeprägt.

In Geschwüren, sowie einmal in einer Papel, sind Spirochäten gefunden worden.

Die konsekutiven Erscheinungen im zweiten und dritten Jahre nach der Infektion der Affen bestehen in folgendem: Das Geschwür heilt, die Drüsen nehmen allmählich ihre ursprüngliche Gröfse wieder an. In einem Falle konnte eine Gefäfssklerose und Bindegewebsentwicklung in Leber, Milz und Niere, ebenso wie eine Sattelnase mit Spirochäten in Schleim und eine starke Verdickung der Schädelknochen festgestellt werden.

Die Infektion gelingt am besten beim Einreiben des infektiösen Materials in die verletzte Haut.

Beim Menschen wurden die Spirochäten in nicht ulcerierten Papeln des Stammes in harten Geschwüren und auch in der Roseola gefunden.

Bei hereditärer Syphilis wurden Spirochäten einmal in Hautblasen, welche später verschwanden, und auch in Organen gefunden.

Auf Grund der gemachten Untersuchungen gelangt man zur Vorstellung, dafs der Ausbruch der Roseola und der Papeln von einer Aussäung der Spirochäten im Organismus und aus kapillaren Embolien an den Orten dieser sekundären Erscheinungen begleitet wird.

Dreyer-Cöln sah viel kuglige Körnchen in den Spirochätenleibern, in Fällen, wo sich viel Teilungsformen fanden. Diese Ausbuchtungen haben einen gewissen diagnostischen Wert, weil die bei der Spirochaeta refringens vorkommenden ähnlichen Gebilde mehr ovale Formen aufweisen. Die Alkohol-Essigsäure-Silbernitratfärbung nach Bertarelli scheint Dreyer die beste Färbungsmethode zu sein.

Jadassohn-Bern verbreitet sich über **Allgemeintherapie nach erhobenem Spirochätenbefund.** Er tritt für frühes Ausschneiden des Primäraffektes ein, warnt aber trotz positiven Spirochätenbefundes vor sofortigem Einleiten der Allgemeinbehandlung. Sonst könne man nie wissen, ob man es wirklich mit einer sicheren Lues zu tun habe, oder ob doch nicht vielleicht ohne Allgemeinbehandlung die sekundären Erscheinungen ebenfalls ausgeblieben wären. Neisser-Breslau spricht sich für sofortige Allgemeinbehandlung aus, sobald in einem Geschwür Spirochäten gefunden worden sind und dies Geschwür dann exzidiert worden ist. Er will diese Art von Kranken sogar intermittierend behandeln.

Finger-Wien berichtet hierzu einen von Scherber beobachteten Fall, wo eine Sklerose mit Spirochätengehalt exzidiert worden ist, ohne dafs darauf innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren irgendein Zeichen von Syphilis gefolgt ist. Die Kontrollbeaufsichtigung des Kranken in dieser Hinsicht war eine einwandfreie. F. schliefst sich dem Standpunkte Jadassohns an, ja bis zum Auftreten sekundärer Erscheinungen zu warten, ehe man auch bei positiven Spirochäten mit der Allgemeinbehandlung beginnt. Der Vortragende glaubt an eine Unempfindlichkeit deshalb, weil ja die Früh- und Spätform sich dadurch unterscheidet, dafs bei der ersten die Menge des Virus eine grofse und die Reaktion eine geringe ist, während bei der späteren die Menge eine geringe und die Reaktion eine grofse ist. Er fafst die Unempfindlichkeit in dem Sinne auf, dafs die Tertiärerscheinungen auffallend schwer auftreten.

Wenn ein Organismus mit Toxinen ganz erfüllt ist und dann noch ein Zuschufs von Toxin zum Ausbruch von Tertiärerscheinungen führt, so fafst er dies als tertiäre Unempfindlichkeit auf.

Demonstrationen.

Veiel-Cannstatt demonstriert einen 28jährigen Kranken mit **Urticaria perstans** aus nervös belasteter Familie. Zwölf Jahre alt hatte er eine Unterleibsentzündung mit folgender Verstopfung und hämorrhoidalen Blutungen. Seit dieser Zeit, die mit Operation endigte, neigt der Patient zu Nervosität und allgemeiner Hyperhidrosis. Er wies auch Dermographismus auf, weshalb er militärfrei wurde. Herpesausschläge zeigten sich in den Jahren 1903 bis 1906 ab und zu. Seit acht Wochen leidet der Patient an einem stark juckenden Ausschlag an Kopf und Arm. Juckende, nässende Läsionen finden sich halbkreis- und kreisförmig angeordnet am Hodensack; sie zeigen in der Mitte Pigmentierung und Abschuppung. An der Brust und den Armen finden sich seit 1½ Monat sich wenig oder gar nicht verändernde stark juckende, ebenfalls in Kreisen und Halbkreisen auftretende quaddelartige Infiltrationen. Das Aussehen läfst auch an Lues denken. Kreibich-Graz hält die Erkrankung für eine spezifische, besonders soweit sie das Scrotum betrifft. Gerade diesen Teil der Affektion glaubt aber Neisser für Lichen ruber aussprechen zu müssen.

Jadassohn-Bern demonstriert:

1. zwei Söhne eines Schweizer Kollegen, der mit seiner Schwester in der Jugend selber an der gleichen Krankheit gelitten hatte; Diagnose: **Atrophia cutis. Pigmentatio universalis disseminata. Koilonychia.** His-Basel verweist auf die gleichzeitig bestehende Muskelatrophie einzelner Rückenmuskeln besonders bei dem einen der beiden Brüder. Neisser glaubt an eine **Arsenkeratose.** Die Knaben stammen aus Solothurn. Daselbst besteht eine arsenhaltige Quelle.

2. einen Mann zur Diagnose vor; seit drei Jahren leidet der Kranke an einem zeitweilig juckenden Hautausschlag und schuppte. Bemerkenswert ist die teilweise Abgrenzung der Erkrankung in ganz geraden Linien. Blaschko sah ähnliche Fälle in Berlin und stellt die Diagnose **Erythrodermie pityriasique Brocq**, welche Herxheimer auf Grund des Fehlens von Blutungen ablehnt. Finger bemerkt, dafs er einige der von Blaschko erwähnten Fälle gesehen habe und sie unter die Purpura annularis teleangiectodes Majocchi einreihen möchte. Im vorliegenden Fall möchte er an eine einfache Erythrodermie glauben.

Heuss-Zürich demonstriert:

1. einen etwa 30jährigen Mann mit **Sklerodermie en bandes.**

Demetriade-Jassy sah in derartigen Fällen gute Erfolge von Massage mit Jodipin.

2. ein etwa neunjähriges Mädchen mit einer Affektion, die sich mit drei Jahren anschliefsend an die Impfung einstellte. Blaschko und Kreibich stellen die Diagnose **Pityriasis rubra pilaris.**

3. einen Knaben mit **generalisiertem Xanthom.** Nobl und Kreibich sind der Ansicht, dafs es sich um **Urticaria pigmentosa** handelt.

Ferner Fälle von **Adenoma sebaceum** und **multiplen Gesichtsnävi.**

Cohn-Bern stellt:

1. einen 17jährigen Kranken mit **Dermatitis herpetiformis** vor. Unter Arsen gingen die Veränderungen vorübergehend zurück. Bei Nachlassen mit Arsen erfolgten sofort neue Schübe. Die Restitution geschah auf dem Wege von Narbenbildung. Arsenmelanose gesellte sich dazu.

Blaschko hat solche Fälle mit Antipyrin zur Heilung gebracht.

2. einen zweiten Fall von **Dermatitis herpetiformis,** zu dem sich **Arsenkeratose** an Palmae und Volae gesellte.

3. einen Fall von **Cutis laxa.**

Jadassohn-Bern demonstriert:

1. einen Mann von 53 Jahren mit **Sklerodermie.**

2. ein Fräulein mit **Depigmentierung von Epheliden durch Finsenbehandlung.** Es ist ja bekannt, dafs die Narben nach Finsenbestrahlungen fast zu weifs, zu schön werden. Diese Erfahrung versuchte J. bei Sommersprossen therapeutisch zu verwerten.

3. zwei mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von **Lupus.**

Stern-Düsseldorf stellt eine ältere Frau mit **subcutaner Verkalkung** vor. Dieselbe liegt in der Subcutis in Bindegewebe eingehüllt.

Lewandowski-Bern demonstriert einen jungen Mann mit **Lupus pernio perstans Besnier.**

Bloch-Basel zeigt einen Fall von **Lupus pernio.**

His-Basel berichtet über **eine Mikrosporie-Epidemie in den Schulen Basels.** Der ersterkrankte Knabe ist angeblich durch einen Knaben aus Lausanne angesteckt worden. Ende 1905 entdeckte man bei einer Revision in einer Privatknabenschule 38 Fälle von Mikrosporie, ohne dafs der Kopf der Schüler geschoren zu werden brauchte. Ein Baseler Arzt schlug damals dem Rate der Stadt die Gründung einer besonderen Trichophytieschule vor, was letzterer aber ablehnte. His schlug Zwangs-

behandlung in den Schulen vor. Zu diesem Zwecke wurde eine Spezialkommission eingesetzt, die 110 Fälle in drei Schulen ausfindig machte. Nun wurden alle Schüler dieser Schulen geschoren, Anzeigepflicht eingeführt und unentgeltliche Behandlung in der dermatologischen Universitätspoliklinik etabliert. Gleichzeitig wurden Eltern, praktische Ärzte und Wärterpersonal durch Vorträge über diese Krankheitsepidemie aufgeklärt. Die Therapie bestand bei festem Kopfverband in Röntgenbestrahlungen. Unter 169 schliefslichen Fällen trat daraufhin in 40 Heilung auf.

Dritter Sitzungstag.

Hoffmann-Berlin projizierte zunächst eine grofse Zahl von Präparaten über seine **Spirochätenbefunde bei Syphilis.**

Bloch-Basel projiziert die histologisch-bakteriologischen Bilder der Befunde bei den Baseler Schulkindern (**Mikrosporieepidemie**).

Heidingsfeld-Cincinnati projiziert Bilder über das **Schicksal von Paraffinprothesen** in den Geweben.

Das Paraffin wird langsam aufgesogen und allmählich durch Bindegewebe ersetzt. Die Aufsaugung geschieht durch Phagocytose von Seiten der Leukocyten. Die Prothese erscheint als Fremdkörper und wird von neugebildetem Bindegewebe eingekapselt. Es regt das umgebende Bindegewebe zur Proliferation und adenomatösen Veränderung an, die den ersten Stadien eines malignen Tumors ähnlich sind. Die Abteilung des eingekapselten Paraffins in runde Höhlen gibt dem ganzen Bild ein charakteristisches Aussehen, etwa wie Schweizerkäse.

Es treten Bezirke von Riesenzellen, kernlosen Zellen und Bindegewebe auf. Diese Bezirke sind durch einen Strang von Bindegewebe von einander getrennt, so dafs das ganze Bild eine alveolenähnliche Struktur bekommt. Die Ähnlichkeit mit der Tuberkulose ist auffallend. Das Paraffin veranlafst, gleich den Bazillen als Fremdkörper eine Leukocyteninvasion, die ihrerseits eine Degeneration und Verkäsung durchmacht. Ferner werden Riesenzellen in grofser Anzahl infolge Vereinigung der Zellkörper und gesonderter Erhaltung der Kerne gebildet. Der schliefsliche Ausgang ist der in reines Bindegewebe. Das Verschwinden des Paraffins durch Oxydation oder durch Fortbewegung in fester Form längs der Lymphkanäle ist unwahrscheinlich und weder durch histiologische noch physiologische Tatsachen bestätigt.

Jadassohn stellt vor:

1. eine Frau von 30 Jahren mit **pseudoleukämischer Hautaffektion.** Im histologischen Bild ist nur lymphoides Gewebe mit von Lymphocyten erfüllten Lymphgefäfsen zu sehen;

2. einen Mann von 32 Jahren mit **Sclerodermia disseminata;**

3. eine **fungöse Hauttuberkulose am Amputationsstumpf;**

4. einen Fall von **Recklinghausenscher Krankheit;**

5. eine merkwürdige **Verdickung und gyrusartiges Faltenbild der Haut des Hinterhauptes** bei einem älteren Manne. Der Zustand dürfte angeboren sein. Jadassohn sah mehrere solcher Fälle;

6. zwei Fälle von **Lupus erythematosus.** In einem Fall sind gleichzeitig Knochen-, Drüsentuberkulose und Erythema induratum mit vorhanden. Der zweite Fall kam durch Finsenbeleuchtung zur Heilung;

7. zwei Kinder mit **hereditärer Syphilis** (Geschwister). Es ist augenblicklich symmetrische Gangrän an beiden Ohren vorhanden. Zeitweise trat Hämobilinurie auf;

8. eine etwa 50jährige Frau mit **Lepra maculo-anaesthetica.** Die Kranke hat vier Jahre in Argentinien gelebt;

9. eine alte Frau mit **Lupus mutilans.**

Hierauf spricht Róna-Budapest, welcher auch prachtvolle Präparate dazu aufgestellt hatte, über **„Spirochäten im Gewebe bei Noma, Nosokomialgangrän, Ulcus gangraenosum und Lungenbrand."** Er konstatiert 1. dafs man die Nekrosespirochäten mit der Lewaditischen Methode ebensogut sichtbar machen kann, als die Schaudinnschen, und dafs diese Spirochäten bei sämtlichen obgenannten gangränösen Prozessen stellenweise in kolossalen Mengen auch in der Tiefe, selbst im normalen Gewebe anzutreffen sind, die fusiformen Bazillen weit hinter sich zurücklassend; 2. dafs zwischen den Nekrosespirochäten und den Schaudinnschen auch im Gewebe durchschnittlich solch scharfe gestaltliche Differenzen zu erkennen sind, dafs, wenn jemand bisher noch Zweifel an dieser Differenz hegte, diese von nun an unbedingt aufgeben müfste.

Neuberger-Nürnberg: **„Über blennorrhoische Sekretuntersuchungen."** Die Urologen haben die Morphologie des Urethralsekrets bisher vernachlässigt. Die Untersuchungen waren immer nur bakteriologischer Natur, d. h. auf das Vorhandensein oder Fehlen der Gonokokken gerichtet. Nur die eosinophilen Zellen sind mehrfach auch urologischerseits Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen gewesen. Die Befunde von Pappenheim über das Vorkommen einkerniger Zellen im Urethralsekret sind neuerdings von Posner, sowie von Joseph und Pollano nachgeprüft worden. Während Pappenheim dem Auffinden zahlreicher mononukleärer Zellen eine diagnostische Bedeutung beilegen wollte und daraus geradezu auf ein Abklingen des blennorrhoischen Prozesses in dem betreffenden Falle schliefsen zu können glaubte, konnte Posner diese Angaben nicht bestätigen. Joseph und Pollano stellten sich wiederum auf die Seite von Pappenheim, so dafs bisher diese Frage noch nicht gelöst ist. Sehr zahlreiche Sekretuntersuchungen Neubergers beweisen nun aufs bestimmteste, dafs die Pappenheimschen Folgerungen nicht berechtigt sind, dafs vielmehr auch im akuten und subakuten Stadium der Befund massenhafter Lymphocyten und mononukleärer Leukocyten aufserordentlich häufig zu konstatieren ist. Bekanntlich hat Pappenheim für seine Untersuchungen sich der Pyronin-Methylgrünmethode bedient und diese zum Nachweis der einkernigen Zellen für erforderlich erachtet. Neuberger behauptet, dafs auch mit einfachen basischen Farbstoffen z. B. Methylenblau (Löffler) die Lymphocyten und mononukleären Leukocyten genau zu erkennen sind. Seine zahlreichen Abbildungen, die von den verschiedensten Fällen herstammen, beweisen das. Eine Verwechslung mit polynukleären Zellen ist seines Erachtens unmöglich. Die diesbezügliche Ansicht von Leuchs ist ihm nicht erklärlich. Lymphocyten und mononukleäre Zellen sind auch bei Methylenblaufärbung genau von einander zu unterscheiden. Ohne auf Einzelheiten hier einzugehen, bemerkt der Vortragende, dafs die mononukleären Leukocyten durch ihren zumeist exzentrischen Kern, durch das fast gar nicht tingierte oder direkt vakuolisierte Cytoplasma sich wesentlich von den Lymphocyten unterscheiden. Während man in den Lymphocyten gewöhnlich keine Gonokokken findet, sind sie im Plasma der Mononukleären öfters enthalten. Neubergers diesbezüglichen Ergebnisse stehen mit den von Bibergeil vermittelst der vitalen Methode erhobenen Befunde allerdings in Widerspruch, sie decken sich aber durchaus mit ähnlich lautenden Angaben von Pappenheim.

Als vollkommen neuen Befund mufs Neuberger das garnicht seltene **Auffinden von Metschnikoffschen Makrophagen im Urethralsekret** hervorheben. Es sind das mononukleäre Leukocyten, die polynukleäre Leukocyten in sich aufgenommen haben. Letztere sind manchmal in den Makrophagen noch sichtbar, beziehentlich erkenntlich, zumeist sind nur noch Reste vorhanden. Die durch die Makrophagen — Maximows: Polyblasten —) aufgezehrten Polynukleären nehmen während der Phagocytose die Kugelgestalt an. Man findet daher sehr oft im Innern der Makro-

phagen eigenartig und verschiedenartig tingierte Kugeln. Die verschiedenartige Tinktion dieser Gebilde läßt an eine hyaline oder sonstige Degeneration denken. Näheres konnte Vortragender nicht nachweisen. Der Gedanke, daß das Vorkommen der Makrophagen irgend eine prognostische Bedeutung für den Verlauf des Trippers haben könne, muß fallen gelassen werden. Berechtigt war aber der Gedanke, da z. B. MICHAELIS: („Die cellulăre Reaktion bei der intraperitonealen Streptokokkeninfektion") die Tatsache fand, daß bei in Heilung übergehenden Infektionen eine Zunahme der die polynukleären phagocytierenden Mononukleären auftrat.

Bezüglich der sogenannten Kugelkerne, die auch POSNER besonders hervorhob und die durch LEUCHS: („Über die Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate") und durch BAB: (Über die Kolostrumbildung als physiologisches Analogon zu Entzündungsvorgängen") eine genauere Bearbeitung erfuhren, hebt NEUBERGER hervor, daß die von POSNER angedeutete Vermutung, als ob sie eventuell für die Diagnose einer Urethritis non blennorrhoica verwertbar wären, nicht aufrechterhalten werden kann. Die Kugelkerne sind eine Degenerationsform der polynukleären Leukocyten. Sie sind zumeist bei subakuten Formen des Trippers und der Urethritis, d. h. bei der Absonderung mäßiger Sekretmassen auffindbarer und ganz besonders im Morgensekret, also bei sehr langem Anhalten des Urins.

ELIASBERG-Riga empfiehlt zur Herstellung klarer Bilder nach leichter Erwärmung der Objektträger die Differenzierung durch Azeton.

NOBL-Wien tritt für die Pappenheimfärbung ein.

WINKLER-Wien berichtet über: **„Die Lebensfähigkeit der Gonokokken im Trippereiter."** Sind die intrazellulär gelegenen Gonokokken lebend oder abgestorben und haben sie einen gewissen Einfluß auf die betreffenden Leukocyten? Die Verwendung der Neutralrot-Methylenblaumethode zeigt, daß die Gonokokken als lebend anzusehen sind. Behandelt man aber den Eiter mit Chinin vor, dann sterben die Gonokokken ab. Daher hat man bei Tripper Spülungen mit 1% Chininlösung und Instillationen mit 5% Chininlösung mit sehr gutem Erfolge benutzt und ebenso die interne Darreichung von Chinin zur Behandlung der Trippermetastasen, besonders bei Epididymitis, wie bei Iritis blennorrhoica und geradezu als Spezifikum bei Arthritis blennorrhoica. Da bei interner Chinindarreichung (ein Gramm pro die) das Chinin zum größten Teile als solches im Urin erscheint, erfolgt damit auch eine direkte Beeinflussung der Harnröhrenerkrankung.

Die Frage, ob die Gonokokken in irgendwelcher Weise auf die sie aufnehmenden Zellen einen nachweisbaren Einfluß üben, läßt sich am besten an dem Verhalten der jodophilen Substanz studieren. Bei der von ZOLLIKOFER eingeführten feuchten Jodierung der Präparate sieht man, daß bei akutem Tripper fast alle Zellen jodophile Substanz enthalten; wie man sich bei gleichzeitiger vitaler Färbung überzeugen kann, sind nur die Gonokokken enthaltenden Zellen frei von jodophiler Substanz; man führt am besten die intravitale Färbung intraurethral als Diffusionsfärbung mittels Toluidenviolett oder Methylviolett, eventuell Methylenblau aus. Wenn man die jodophile Substanz mit Glycogen identifiziert, so läßt sich annehmen, daß die von den Zellen eingeschlossenen Gonokokken das Glycogen der Zellen in einen mit Jod nicht mehr färbbaren Zucker umwandeln.

NEUBERGER-Nürnberg: **Über die Prophylaxe der Epididymitis blennorrhoica.** Die Epididymitis ist wohl die häufigste und bedeutungsvollste Komplikation des Trippers. Ihre Bedeutung wird noch erhöht durch die jüngsten Untersuchungen von BÄRMANN und die Beobachtungen von LÖWENHEIM, wonach Reste chronischer Epididymitiden noch virulente Gonokokken beherbergen und dadurch eine Reinfektion verursachen können. Die Tatsachen lehren, daß die Epididymitis hauptsächlich bei

Vorhandensein einer Erkrankung der Pars posterior auftritt und dafs der Prozentsatz der Posterior-Erkrankungen nach den vorliegenden Statistiken einer grofsen Reihe von Autoren ein sehr grofser ist, 80 bis 90 % aller Tripperfälle. Die Erkrankungen der Pars posterior treten gerade in den ersten zwei bis vier Wochen des Bestehens des Trippers mit Vorliebe auf und auch die Mehrzahl der Epididymitiden entsteht während des Blütestadiums der Blennorrhoe. So fand z. B. Möller, dafs unter 105 Fällen von Epididymitis 95, also über 90 % in den ersten zwei bis vier Wochen des Trippers auftraten. Eine Prophylaxe der Nebenhodenentzündung mufs daher zunächst auf ein Vermeiden der Posterior-Erkrankung und sodann auf eine möglichst zweckmäfsige Behandlung des Prozesses während des Ergriffenseins der Pars posterior gerichtet sein. Neubergers Erfahrungen haben nun ergeben, dafs bei den Indikationen mit der von Neisser vorzugsweise in Deutschland empfohlenen Methode der Injektionen vermittelst grofskalibriger Spritzen und sogenannten prolongierten Injektionen nicht gedient ist. Unter Verwendung dieser Methoden haben sich früher in seiner Praxis die Zahl der Posterior-Erkrankungen als auch der Nebenhodenentzündungen sehr vermehrt. Er steht jetzt auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Standpunkt, dafs bei vollkommener Anerkennung der Neisserschen antibakteriellen Protargolbehandlung in den ersten zwei bis vier Wochen der Behandlung eines akuten Trippers, eventuell noch länger, nur eine mäfsige Ausdehnung der Urethralschleimhaut durch Injektionen von 5 ccm Protargol oder noch weniger das Fortgreifen des Prozesses auf die Posterior verhindert und dafs dadurch die Heilungsdauer der Blennorrhoe nicht verlängert wird. Er glaubt nicht, dafs durch eine besondere Ausdehnung der Harnröhrenschleimhaut das Spritzmittel besser in tiefere Epithelschichten oder gar in die Drüsen getrieben wird. Die Angaben von Jadassohn, dafs es gelänge, mit Antiseptica in die Ausführungsgänge der Urethraldrüsen zu gelangen, sind bisher nicht veröffentlicht worden. Neuberger hat jedenfalls durchaus die Erfahrung machen müssen, dafs in den ersten Wochen des Trippers durch Injektionen von 10 ccm Flüssigkeitsmengen eine Insuffizienz des Musculus compressor eingetreten und die Urethritis posterior aufgetreten ist — eine Beobachtung, die sich auch oftmals an prolongierte Injektionen anschlofs. Beim Vorhandensein einer Posterior-Erkrankung lasse man in den ersten Wochen des Trippers gar nicht oder nur ganz winzige Mengen eines Antisepticums einspritzen und gebe, wenn irgendmöglich, Morphium-Suppositorien. Im Verlaufe etwa eines Jahres (vom 12. Juni 1905 bis 4. August 1906) sah Neuberger bei 200 in diesem Zeitraum so behandelten Tripperfällen nur sechs Nebenhodenentzündungen auftreten, also 3 %. Früher hatte er 6 bis 9 % und mehr.

Jadassohn läfst aus den gleichen Gründen nie mehr als 100 Raumzentimeter auf einmal einspritzen.

Schindler-Breslau spricht über **Behandlung der Tripper-Nebenhodenentzündung.** Er rät, akute Epididymitiden mit Punktionen zu behandeln. Er punktiert jede mit starken Schmerzen, Fieber und starker Infiltration einhergehende Nebenhodenentzündung blennorrhoischer Natur. Sofort gehen das Fieber und der Schmerz zurück. Die Erweichung tritt schnell ein. Die Punktion selbst verursacht nur geringe Empfindungen. Auch wenn sich kein Eiter entleert — Eiter wurde nur in 4 von 23 Fällen gefunden — bleibt diese Hilfe doch ausgesprochen sichtbar. Obwohl eine Restitutio ad integrum auch bei dieser Behandlungsmethode nicht erzielt wird, so werden doch die Kranken um die Hälfte Zeit eher wieder erwerbsfähig. Auch poliklinisch kann man in der vom Vortragenden angegebenen Weise behandeln. Über die Stauungstherapie bei Epididymitis hat Schindler keine so günstigen Erfahrungen.

Nobl-Wien ist der Ansicht, daſs merkwürdigerweise Azoospermie selbst nach schweren phlegmonösen Epididymitiden nicht oft auftritt. Er möchte auch gegen die Punktionen sich aussprechen.

Herxheimer-Frankfurt tritt dagegen für sie ein. Er hat auch 30—40 Fälle mit Bierscher Stauung behandelt, doch ohne gute Erfolge, ja mit negativer Schädigung, Schmerzen und Fieber, sowie Schwellung nahmen wiederholt zu. In einigen Fällen blieb der Tumor mehrere Monate lang bestehen.

Stern-Düsseldorf sah bei 38 Fällen von Nebenhodenentzündung, die er nach Bier behandelte, gute Resultate. Die Schmerzhaftigkeit ging sofort zurück. In einem Falle beobachtete er Atrophie des gestauten Hodens nach einem halben Jahre.

Winkler-Wien sah bei akuten wie subakuten Formen von Epididymitis gute Erfolge von der Behandlung mit dem galvanischen Strom.

Bettmann-Heidelberg berichtet über **Hauterscheinungen bei Harnröhrenerkrankungen.** Gewisse Erscheinungen von seiten der Haut vermochte Bettmann bei Erkrankungen der Urethra posterior, niemals bei reinen Affektionen der Pars anterior zu beobachten. Es fanden sich Hyperästhesien und Hyperalgesie in der Genitosakralgegend. Zuweilen traten dieselben ganz prompt beim Übergehen der Entzündung der vorderen Urethra auf den hinteren Harnröhrenanteil auf. Solche nervösen Erscheinungen in der Haut zeigten sich nach Coitus, Pollutionen oder instrumentellen Eingriffen in die Urethra. Es handelte sich um nervöse Störungen im Bereich der dritten und vierten Sakralwurzeln (Anus, Glutäen, Lenden, Skrotum, Penis). Solche hyperästhetische Zonen finden sich auch bei Neurasthenikern mit oder ohne Tripper. Hier kann die Überempfindlichkeit ebenfalls künstlich ausgelöst werden. Auch wurden pilomotorische Reaktion (Gänsehaut) in manchen Fällen nach Massage der Vorsteherdrüse beobachtet.

Wildbotz-Bern stellt einen Fall von **Malakoplakie der Blase** vor. Es handelt sich um eine plaqueförmige tuberkulöse Cystitis. Die gelben Flecke bestanden aus gefäſsarmem Granulationsgewebe mit viel Lymphocyten, sowie verschieden groſsen Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Die als charakteristisch angesehenen groſsen Zellen mit Einschlüssen waren nicht zu sehen. Doch zeigten die Plaques deutlich Tuberkel und Tuberkelbazillen, auch spärliche Bakterien coli.

Scherber-Wien berichtete über **Balanitis erosiva und gangraenosa.** Er hat anläſslich der Untersuchung verschiedener nekrotisierender und gangränöser Krankheitsprozesse, welche Untersuchungen an der Klinik Fingers und im Institut Hofrat Weichselbaums in Wien im Verein mit Kollegen Dr. Müller ausgeführt wurden, sich speziell mit der **Balanitis circinata** beschäftigt und gibt über diese Erkrankung eine zusammenfassende klinische und bakteriologische Übersicht.

Die klinische allgemein bekannte, zuerst von Bataille und Berdal beschriebene Balanitis erosiva circinata wird durch Geschwürsbildung in der mannigfachsten Weise kompliziert. Schon Berdal beschreibt meist im Sulcus coronarius auftretende flache, scharf begrenzte, diphtheritisch belegte Ulcera. Diese Ulcera entstehen innerhalb der typischen, von nekrotischem, weiſsem Epithelsaum eingefaſsten Erosionen, und zeigen manchmal eine auffällige Tendenz zum Weiterschreiten in die Tiefe, so daſs dann über hellerstückgroſse, tiefe Substanzverluste vorliegen, von hellrotem Entzündungssaum eingefaſst, mit steilem Rand und diphtherisch-gangränös belegtem Grund; der Belag ist derb, nicht abstreifbar, manchmal serös durchfeuchtet und dann bröcklig schmierig, stellenweise hämorrhagisch suffundiert; zuweilen kommt es aus den Geschwüren zu stärkeren Blutungen. Die Ulcera entstehen meist im Sulcus coronarius innerhalb der Erosionen, doch konnte es auch zu einer scheinbar follikulären Geschwürsbildung, besonders am Innenblatt des Präputiums kommen, während auf der Glans sich typische

Erosionen ausbreiten. Das ursächliche Virus kann aber auch von einer Verletzung oder von einem anderen geschwürigen Prozefs in die Tiefe eindringen und direkt gangränöse Ulcera erzeugen. An der äufseren Haut verläuft die Infektion stets so; auf der Klinik lag ein Fall mit einer hochgradigen Balanitis circinata; durch den reichlich abfliefsenden Eiter wurde die Haut des Penis an der Unterfläche maceriert und sobald eine Stelle des schützenden Epithels beraubt war, drang das Virus in die Tiefe und dasselbe Virus, das im Vorhautsack einen einfachen, erosiven Prozefs erzeugt hatte, führte an der stärkeren Haut, binnen kurzer Zeit einen kronengrofsen Substanzverlust mit direkt brandigem Zerfall des Gewebes herbei. Die bakteriologische Untersuchung sicherte die Einheitlichkeit der Ätiologie beider Prozesse.

Wie jede bei zurückgehaltenem Präputium von Berdal auch noch so sorgfältig ausgeführte Impfung negativ blieb, so hält der Redner den durch Vorziehen des Präputiums bedingten, wenn auch nicht völligen Luftabschluſs, dem Wesen des ursächlichen anaëroben Virus entsprechend von wichtigem Einfluſs. Für die Geschwürsentwicklung macht der Vortragende besonders aber die meist gleichzeitig bestehende Phimose verantwortlich; dieselbe ist in manchen Fällen eine hochgradige und die dadurch bedingten abnormen Druck- und Stauungsverhältnisse im Gewebe begünstigen das Fortschreiten des Prozesses in die Tiefe in eminenter Weise.

In fast allen Fällen stärkerer Intensität des Prozesses kann man eine multiple, derbe, fast indolente Leistendrüsenschwellung konstatieren. Dieselbe ist von der luetischen manchmal kaum zu unterscheiden und muſs erst der Verlauf die Diagnose sichern. Therapeutisch ist als souveränes Mittel das Wasserstoffoxyd in verdünnten Lösungen zu Spülungen und Gliedbädern mit nachträglicher Jodoformbehandlung nicht zu entbehren. In Fällen mit hochgradiger Phimose ist zum Aufhalten des Prozesses die Entspannung des Gewebes durch Dorsalinzision dringend nötig.

Die Übertragung der Erkrankung erfolgt meist durch den Coitus und treten die ersten Erscheinungen nach einer Inkubation von zwei bis vier Tagen auf. Beim Weibe findet sich eine durch dasselbe Virus hervorgerufene Vulvitis und Vaginitis.

Ferner kann die Übertragung durch Kontaktinfektion in anderer Weise erfolgen; und schliefslich ist die Übertragung des Virus durch den Speichel von bakteriologisch ähnlichen Prozessen der Mundhöhle nicht von der Hand zu weisen. Róna sowie die Autoren konnten in anscheinend normalen Mundhöhlen, besonders aber bei Anwesenheit cariöser Zähne dem Balanitisvirus ähnliche Bakterien fast stets nachweisen. Überdies gelang es Quayrat durch Überimpfung von einer Staualitis ulcerosa eine Balanitis ulcerosa zu erzeugen.

Was die Bakteriologie aller der verschiedenen Formen von erosiver und uceröser Balanitis anbelangt, so ist dieselbe eine streng einheitliche.

Es finden sich stets grampositive vibrioförmige Bakterien von 2—3 μ Länge im Verein mit gramnegativen Spirochäten. Das Vorkommen dieser beiden Formen ist ein so konstantes, dafs man aus ihm allein sofort auf einen nekrotisierenden Prozefs im Vorhautsack schliefsen kann. Unter der Voraussetzung, dafs der morphologischen Gleichheit der Bakterien tatsächlich die Identität der Art entspricht, sieht der Vortragende die verschiedenen Formen und Stadien der Balanitis als ätiologisch identisch an. Diese Annahme erhält eine klinische Stütze durch das gehäufte Auftreten verschiedener Balanitiden zu gewissen Zeiten und das gleichzeitige Auftreten und Ineinanderübergehen verschiedener Formen bei ein und demselben Individuum.

Auch in der Tiefe des Gewebes finden sich Vibrionen und Spirochäten in so kolossaler Menge, dafs man beide Formen für den Prozefs verantwortlich machen mufs. Schreiber konnte auch das Eindringen der Balanitisspirochäte in die Blutgefäfse nachweisen.

Demonstrationen.

Jadassohn-Bern demonstriert:

1. einen Fall von **Neurofibromatosis,**
2. eigentümliche **Alterswarzen an den Armen,**
3. ein wie **Urticaria aussehendes Syphilid** (Übergang von der sekundären zur tertiären Periode),
4. zwei Fälle von **Lupus vulgaris mit totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand,**
5. zwei Fälle von **tuberkulösem Fungus verrucosus,**
6. einen Fall von **Sklerodermie,**
7. eine **Dermatitis herpetiformis** bei einem Knaben von 14 Jahren, seit vier Jahren bestehend.

Cohn-Bern zeigt

1. einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris,**
2. **Lymphangiome mit eosinähnlicher Entzündung** bei einem Kretin von 17 Jahren.

Kreibich-Graz berichtet über **neuropathische Hautentzündungen.** Er ist stets für die Existenz einer neuropathischen Entzündung eingetreten. Dafs diese Lehre noch wenig überzeugte Anhänger hat, liegt an der Seltenheit des Versuchsmaterials. Forel, Krafft-Ebing und andere Autoren haben schon solche Versuche angestellt, doch ohne sichere Ergebnisse. Es fehlten auch die histologischen Untersuchungen. Kreibich standen zwei Versuchspersonen zur Verfügung. Der erste Versuch war folgender: Der Patient, ein psychisch normaler Kollege hat eine leicht vasomotorische Haut. Nach Versenkung in die Hypnose wurde eine Stelle an der Haut mit einem nicht angezündeten Streichholz berührt und es wurde ihm gesagt, dafs an der berührten Stelle eine Blase entstehen würde. Nach etwa drei Minuten trat ein zartrosaroter Erythem auf, und nach sechs Minuten hob sich die Epidermis ab. Nach weiterem Verlauf von zehn Minuten war eine Blase vorhanden. Nach 48 Stunden wurde die Stelle exzidiert und histologisch eine typische Blase festgestellt. Der zweite Versuch betraf eine Frauensperson. Dieselbe wurde ebenfalls in Hypnose versetzt und eine Stelle des Unterarmes mit einem Holzstäbchen berührt, dann wurde ihr gesagt, dafs an dieser Stelle eine Blase entstehen würde. Vorsichtshalber machte man eine aus fester Pappe bestehende Rolle um den Oberarm und befestigte sie mit vielen Vorsichtsmafsregeln. Nach einigen Stunden trat eine Rötung und in der Mitte derselben Ödem auf. Am nächsten Tage war eine stark ausgebildete Blase zu sehen.

Linser-Tübingen spricht über den **Einfluſs ultravioletter Strahlen auf den Blutfarbstoff.** Dem Vortragenden gelang es im Anschluſs an einen Fall von Hydroa vacciniformis, bei welchem nach Einwirkung der Strahlen Hämatoporphyrin im Harn auftrat, bei Kranken mit Schuppenflechte festzustellen, dafs das im gewöhnlichen Zustand nur in verschwindender Menge im Harn vorhandene Hämatoporphyrin bei Röntgenbestrahlung sich deutlich hob. Ein Mann, der sich durch ein Sonnenbad eine Hautentzündung zuzog, wies dieselbe Erscheinung auf. Auch produzierte Blut, das im Glase mit Röntgenstrahlen belichtet wurde, erhebliche Mengen von Hämatoporphyrin. Vielleicht hängt mit der Bildung dieses Farbstoffes auch die Pigmentbildung zusammen.

Malinowsky-Warschau sprach über **eine ungewöhnliche Form von Hautmetastasen bei Brustdrüsenkrebs.** Bei einer 60jährigen Kranken traten Mitte April des vergangenen Jahres auf der linken Brust, etwas über der Warze kleine Bläschen auf, die gröfser wurden, platzten und sich zu einer granulierenden Fläche umbildeten. Das klinische Bild war folgendes: Auf der linken Mamma in der Nähe

des Geschwürs zeigten sich rote linsen- bis groschengroſse Flecke, am zweiten oder dritten Tage trat gewöhnlich in der Mitte des Fleckes ein anfangs ebenfalls rotes Bläschen auf. Das Bläschen vergröſserte sich und später füllte es sich mit Granulationen; so bildeten sich Geschwülste. Nach dem Durchbruch fiel die Blasendecke ein, die granulierende Fläche teils bedeckend, teils freiliegend — kurz gesagt — klinisch ein Erythema bullosum vegetans. Mikroskopische Untersuchungen zeigten, daſs es M. in seinem Falle mit Hautmetastasen eines Mammacarcinom zu tun hatte, welche in einer ganz ungewöhnlichen Gestalt auftraten, und zwar als sich allmählich mit Geschwulstgewebe ausfüllende Blasen. Der Mechanismus der Entstehung dieser eigentümlichen Metastasen in der Haut könnte man sich erklären durch Embolien der Papillararterien mit Krebszellen und nachfolgender Transsudation. In die auf diese Art entstandenen Blasen wucherten dann die Krebsmassen aus den Embolis hinein.

Hedinger-Bern berichtet: **Über Aneurysmen in der Aorta von Kaninchen nach subcutaner Jodkaliumdarreichung.** (Nach gemeinsam mit Loeb-Bern im pharmatologischen Institut Bern vorgenommenen Untersuchungen.)

Bei zwei Kaninchen fanden sich nach 14tägiger täglicher subcutaner Darreichung von 11 gr. KJ ausgedehnte aneurysmatische Ausbuchtungen in der Aorta. Das makroskopische Bild entsprach völlig denjenigen Veränderungen, welche man durch Vorbehandlung der Kaninchen mit Nebennierenpräparaten erhalten kann. Mikroskopisch handelt es sich bei diesen mit KJ behandelten Tieren ebenfalls um eine Mesaortitis, charakterisiert durch Nekrose und Verkalkung der glatten Muskulatur der elastischen Elemente der Media und sekundärer Ausbuchtung der Wand. Die Intima und die Adventitia waren nicht verändert. Die mikroskopische Untersuchung der Organe zeigte mit Ausnahme einer reichlichen Pigmentanhäufung in der Milz keine Veränderung. Kontrollversuche mit anderen Salzen, mit Na J, KCl verliefen negativ.

Die Veränderungen in der Aorta müssen wohl auf die KJ-Darreichung zurückgeführt werden, da solche spontan entstandene Gefäſsalterationen nirgends in der beschriebenen Literatur sind und auch von Hedinger und Loeb an einem groſsen Material nicht gefunden werden konnten.

Lewandowsky-Bern demonstriert **Tuberkelbazillenkulturen**, die nach dem Verfahren von Krompecher und Zimmermann aus verschiedenen Fällen von Lupus vulgaris und Scrophuloderma gewonnen wurden. Bei einem gleichzeitig ausgeführten Kultur- und Tierversuch mit Lupusmaterial fiel der erstere positiv, der letztere negativ aus. — Bei Kaninchen und Meerschweinchen gelang es regelmäſsig im Experiment, Hauttuberkulose in Gestalt charakteristischer Ulcera mit histologisch-typisch-tuberkulösem Gewebe zu erzeugen. Nach wiederholten Hautimpfungen mit Bazillen von menschlicher Tuberkulose gingen später Inokulationen schlecht oder garnicht an, während Tuberkelbazillen vom Rind dann noch ihre volle Wirkung entfalteten. Nach der Impfung finden sich die Bazillen in ungeheuren Mengen, die ersten Tage extrazellulär, später intrazellulär im entzündlichen, nicht typisch-tuberkulösen Gewebe. Mit Ausbildung des spezifisch tuberkulösen Gewebes verschwinden die Bazillen bis auf ganz vereinzelte Exemplare.

Huber-Budapest berichtet über: **„Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn auf Grund statistischer Daten."** Bisher hatte Ungarn keine Statistik über Lupuskranke. H.s diesbezügliche Untersuchungen ergaben, daſs in Ungarn etwa vier und einhalb Tausend Lupuskranke leben. Am gesundesten sind die Komitate Siebenbürgens, die meisten Lupuskranken finden sich aber in Budapest und in dessen Umgebung. H. hat auch nach einem Zusammenhang zwischen Lupus und Lungen-

tuberkulose gesucht und teilweise einen solchen auch gefunden. Die meisten Kranken liefert das weibliche Geschlecht von 11—20 Jahren. H. hat seine Arbeit auch dem Budapester kgl. Ärzteverein mitgeteilt und im Anschluſs daran folgenden Antrag gestellt:

„Da Ungarns Lupusmaterial auf Grund dieser Statistik kein geringes ist, da die Behandlung dieser Kranken wegen ihrer Langwierigkeit das Budget der hauptstädtischen Spitäler zu sehr in Anspruch nimmt, wohingegen die Behandlung heute mit den neuerdings üblichen physikalischen Methoden — mit welchen auch Verfasser sehr günstige Resultate aufzuweisen hat — hauptsächlich ambulant durchgeführt werden könnte; da endlich die Mehrzahl der Lupuskranken — obzwar dieselben meistens arbeitsfähig sind — wegen ihrer difformierenden Krankheit von der Gesellschaft ausgestoſsen wird: beantrage ich, daſs wir für die Lupuskranken unserer Heimat in Budapest oder in dessen Umgebung ein Heim errichten, in dem die Kranken gänzliche Verpflegung und Heilung erhalten würden, dafür aber Garten- oder andere Arbeiten verrichten, mit deren Ertrag ein groſser Teil der Erhaltungskosten, oder vielleicht auch sämtliche Kosten des Heimes gedeckt werden könnten."

Der Antrag wurde vom Direktionsrat des Budapester kgl. Ärztevereines einstimmig angenommen, und so ist zu hoffen, daſs Budapest in Bälde ein Heim für die Lupuskranken Ungarns erhalten wird.

Tièche-Bern sprach hierauf über: **„Blaue Naevi"**. Unter blauen Mälern versteht man kleine, 3—5 mm im Durchmesser messende, von frühester Jugend bestehende, selten zu beobachtende blaue oder bläulichbraun pigmentierte, wenig über die Oberfläche der Haut hervorragende Gebilde. Der Vortragende sah über 40 derartige Fälle und zwar war der blaue Naevus stets singulär. Histologisch kann man ihn als benignes Melanom bezeichnen. Von den von Kreibich als Melanofibrome beschriebenen Bildungen sind die blauen Naevi unterschieden. Die ersteren stellen dunkelschwarze groſse Gebilde vor, treten in jedem Lebensalter auf und wachsen allmählich. Die Farbe der vom Vortragenden beschriebenen Mäler wird blau durch die eigentümliche Lagerung des Farbstoffes. Trübe Medien, die darüber lagern, lassen das bräunliche Pigment blau erscheinen, so etwa wie man die Hautvenen als blaue Stränge wahrnimmt.

Brunner-Bern spricht zum Schluſs über: **Glykogen in der Haut.** In der normalen Oberhaut findet sich nie Glykogen, wohl aber in der äuſseren Haarwurzelscheide, in den Talg- und Schweiſsdrüsen. Es liegt in den Zellen wie den Gewebspalten. In ersteren ist es entweder in charakteristischen Lunulärformen angeordnet oder diffus oder tropfenförmig verteilt. Pathologische Zustände ändern unter Umständen den Glykogengehalt. Auch Papillome, Warzen, Carcinome und die ihnen benachbarten gesunden Epithelbezirke weisen Glykogen auf, ebenso in reichlicher Menge Lupus und Tuberculosis verrucosa. Weniger ist im Primäraffekt vorhanden und Gumma. Hier ist es an Stellen mit Leukocyteninfiltration teilweise an die Leukocyten gebunden. In Fällen von Dermatitis herpetiformis findet sich Glykogen im Epithel der Blasen und deren Umgebung, sowie in den Leukocyten im Blasenboden. Bei Lichen ruber planus liegt Glykogen im hyperplastischen Epithel der Knötchen und bei Mycosis fungoides im Epithel über den kranken Gewebspartien.

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn.

1906.

Grouven demonstriert einen Fall von **Ulcera mollia extragenitalia** auf der Rachenschleimhaut einer 24jährigen Dienstmagd. Der freie Rand des Velums fast in toto ulceriert, ebenso die Schleimhaut der seitlichen Partien des Rachenraums, die

submaxillaren Drüsen beiderseits leicht geschwollen, indolent. Die Diagnose wurde ebenso, wie in einem früher von G. beobachteten Fall, wo fast die ganze Schleimhaut der Unterlippe von der Ulceration befallen war, sowohl per exclusionem (durch Tuberkulininjektionen und die Therapie) als auch durch den Befund an Unna-Ducrayschen Streptobazillen gesichert. Jodoformbehandlung hatte in beiden Fällen prompten Erfolg. G. stimmt mit verschiedenen Autoren darin überein, dafs das Ulcus molle extragenitale nicht so selten ist, als es nach der vorhandenen Kasuistik scheinen könnte. Derartige Fälle dürften wohl häufig auf sexuelle Perversitäten zurückzuführen sein.

Doutrelepont berichtet anschliefsend über ein **Ulcus molle auf der linken Tonsille**, welches den Verdacht auf Primäraffekt erweckt hatte.

Ferner demonstriert Grouven einen Fall von **Lymphangioma circumscriptum cysticum cutis** bei einem 20jährigen Arbeiter, das vor etwa drei Jahren mit heftigen Schmerzen an der Innenseite des linken Oberschenkels begann, die nach zwei Monaten wieder zurückgingen; ein Jahr später zeigten sich Bläschen am Scrotum und in der linken Leiste, die teilweise platzten und eine dünne Flüssigkeit entleerten, gleichzeitig traten wieder heftige Schmerzen im linken Bein auf, die Arbeitsunfähigkeit bewirkten. Der Status praesens zeigt die Haut des Scrotums verdickt, derb infiltriert, nicht fluktuierend, ebenso an der Innenseite des linken Oberschenkels eine flache, derbelastische, nicht fluktuierende Anschwellung von unscharfer Begrenzung, die Drüsen der linken Leistengegend leicht geschwollen. Die Behandlung (mit sukzessiver galvanokaustischer Zerstörung der Bläschen) hatte keinen Erfolg. Die nach den klinischen Erscheinungen gestellte Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung eines Hautstückchens vom Scrotum bestätigt. *Stern-München.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 6 bis 8.

Statistische Beurteilung der chirurgischen Behandlung der Blasengeschwülste, von Keydel. Verfasser teilt zunächst die Statistik Rafins mit und dann die Zusammenstellung der Resultate einer Sammelforschung von einigen ihm bekannten Blasenärzten und endlich 29 eigene in zehn Jahren an Oberländers Klinik beobachtete Fälle. Aus allem geht hervor, dafs chirurgische Eingriffe zur radikalen Entfernung von Blasenneubildungen keineswegs hervorragende Erfolge aufweisen. Von den 29 eigenen Fällen sind sieben operiert, von denen noch einer lebt, von den 22 nicht Operierten leben noch elf. Auch jetzt, wo möglichst frühzeitig operiert wird, ist es noch nicht gelungen, den Operationstod völlig zu beseitigen. Auffallend gute Resultate ergeben dagegen die intravesikalen Operationen. Für chirurgische Behandlung mittels Sectio alta bilden die breitbasigen infiltrierenden Geschwülste besser eine Noli me tangere, aber auch bei gestielten Papillomen mufs man die Patienten stets auf die Möglichkeit eines Rezidivs aufmerksam machen. Bei malignen Neubildungen wird durch Operation auch kaum eine Verlängerung der Lebensdauer erzielt, dagegen ist bei eintretendem Rezidiv der Zustand des operierten Patienten ein bedeutend trostloserer, als der des nicht operierten.

Über die Behandlung von Blasentumoren, von Leschnew. Interessant ist es, im Anschluſs an obige Sammelforschung die vorliegende Arbeit aus der Klinik des russischen Professors v. Fedoroff zu lesen. Statistisch bringt sie sechs benigne, zehn maligne Neubildungen, von letzteren wurden fünf nicht operiert, bei zwei wurde eine suprapubische Fistel angelegt, drei wurden mit partieller Resektion der Blase behandelt und sind vorläufig als geheilt entlassen. Die gutartigen Neubildungen sind sämtlich geheilt. Verfasser plaidiert für sorgfältige Cystoskopie vor der Operation, um einen möglichst genauen Heilplan festzulegen, und hält sodann die Sectio alta mit nachfolgender ausgiebiger Resektion des erkrankten Teils der Blase für die beste chirurgische Intervention.

Kurzer Bericht über durch Bierasche Stauung mit Saugglocken bei Bubonen und einigen urologischen Erkrankungen erzielte Erfolge, von F. Böhm. Verfasser lobt die Saugbehandlung sehr bei Bubonen, bei denen man früher oft lange überlegte, ob man antiphlogistisch vorgehen oder breit eröffnen sollte. Ferner hat er mit gutem Erfolge der Saugbehandlung unterworfen; Fälle von Chorda penis, paruretbrale Cyste, Ulcus orificii urethrae, Cavernitis urethrae, massenhafte akut blennorrhoisch infizierte parurethrale Gänge. Ob nicht auch die akute Blennorrhoe der Behandlung zugängig zu machen ist, gibt er zu überlegen.

Zur Diagnose der Nierentuberkulose, von Hottinger. Die schöne und ausführliche Arbeit, die auf den eigenen Beobachtungen des Verfassers basiert, läſst sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben. Die Leitgedanken faſst Verfasser folgendermaſsen zusammen: Die Niere ist der Ausgangspunkt der Tuberkulose des Harntraktus, die Urogenitaltuberkulose des Mannes ist ein Gebiet für sich, wenn auch nicht selten mit Nierentuberkulose primär kombiniert. Um die Diagnose auf Nierentuberkulose stellen zu können, müssen Anhaltspunkte dafür vorhanden sein: die Erscheinungen können plötzlich mit Vehemenz einsetzen in Form von Blutungen und Schmerzanfällen; gewöhnlich aber sind es chronische Zustände, die durch ihr refraktäres Verhalten den Gedanken an eine Tuberkulose nahelegen; so ist jede nicht vorübergehende Pyurie verdächtig, Blutungen sind sehr häufig. Von Beschwerden herrscht das Bild der chronischen Cystitis vor, wenn schon oft und lange nur ein Reizzustand der Blase von der kranken Niere ausgeht, eine Cystitis vortäuschend. Palpable Nierenveränderungen sind gar nicht immer festzustellen, nicht selten führen diese, wie auch die Schmerzangaben irre. Wo also nicht exquisite Befunde vorliegen, ist nur das Cystoskop in der Regel imstande, über den Sitz des Herdes sichere Auskunft zu geben, wie über den Charakter der Erkrankung der Nachweis des Tuberkelbacillus. Aber auch schon gewisse cystoskopische Befunde, wie Tuberkelknötchen und Granulombildungen an den Ureteralwülsten sind geeignet, die gewünschten Anhaltspunkte zu liefern. Verfasser beschreibt sodann ein von ihm konstruiertes Ureterencystoskop. Verfasser hatte sich früher zur Katheterisierung der Ureteren in der Weise geholfen, daſs er neben einem Kindercystoskop ein Leitröhrchen einführte, durch das der Ureterenkatheter eingeführt wurde und das nun freibeweglich neben dem Cystoskop lag. An seinem Ureterencystoskop brachte er zwei derartige Leitröhrchen an, die nur durch eine Klammer mit dem Cystoskop verbunden sind und nach Einführung der Katheter leicht von dem Cystoskop gelöst werden können, so daſs dieses entfernt werden kann.

Bemerkungen zu Dr. Charles Leedham-Greens Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung“, von Oppenheim und Löw.

Antwort auf die Einwendungen der Herren Dr. Oppenheim und Dr. Löw gegen meinen Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses

und der Harnentleerung", von CHARLES LEEDHAM-GREEN. Die Herren sind miteinander in Kontroverse geraten über die Deutung der von ihnen gebrachten Röntgenphotogramme, die beide Parteien zur Stütze der von ihnen gebrachten Ansichten benutzen. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. III, Heft 5.

Die Mindestkosten der Behandlung der arbeitsfähigen männlichen Geschlechtskranken in der Krankenversicherungspraxis, von L. EISENSTADT-Berlin. (Fortsetzung und Schluſs.) Verfasser empfiehlt, besondere Rücksicht darauf zu nehmen, daſs der venerisch Erkrankte sein Leiden stets möglichst zu verheimlichen trachtet. Es muſs dem Rechnung getragen werden sowohl in der Art der Anmeldung der Krankheitsfälle als auch in der Beschaffung der Gelegenheiten für die Behandlung, damit solche Kranke nicht den Pfuschern in die Hände fallen. Auch betont Verfasser mit Recht, daſs es sich gewiſs lohnen wird, in vielen Fällen einen Spezialisten sowohl für die Allgemeinerscheinungen als namentlich auch bei Beteiligung spezieller Organe (Augen, Nase usw.) zu Rate zu ziehen. Von den Jodpräparaten ist immer noch das Jodkalium, wie es aus der mitgeteilten Liste ersichtlich ist, am billigsten. Sehr nützlich dürfte es sich erweisen, aufklärende Broschüren und Merkblätter über Syphilis herzustellen, welche der Arzt dann jedem Interessenten aushändigen könnte. Ferner empfiehlt Verfasser, die Eheschlieſsung von einem standesamtlich vorzulegenden ärztlichen Gesundheitsattest abhängig zu machen, indem er glaubt, daſs viele Ehekandidaten sich auf diese Weise zur gründlichen Durchführung einer Behandlung entschlieſsen werden, die sie sonst unterlassen würden.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. MANASSEIN-St. Petersburg. In der KAPOSIschen Klinik fand M. einen Mangel an antiseptischen resp. aseptischen Vorkehrungen tadelnswert; desgleichen fand er, daſs die Geschwindigkeit, mit welcher in einer Stunde 150 Patienten in vier groſsen Sälen vom Assistenten abgefertigt wurden, nur auf Kosten der Gründlichkeit zu ermöglichen war. Über die Prostitutionsverhältnisse in Wien erwähnt er, daſs in der ganzen Stadt offiziell nur 1660 Puellae eingetragen sind. Der Vertreter des Sanitätsdepartements schätzte allerdings die wirkliche Anzahl auf etwa 50000. Es laufen bei der Behörde täglich eine Menge Klagen über das Betragen der Dirnen auf der Straſse ein.

In Prag besuchte Verfasser zunächst die PICKSche Klinik. Dieselbe umfaſst 110 Betten, ist alt, ärmlich, aber sauber. An Material fanden sich Fälle von Mykosis fungoides, Prurigo, Psoriasis, Alopecia areata, Ulcus phagedaenicum usw., die zu einer Diskussion Anlaſs gaben. Mit den Prostituierten wird hier weniger streng verfahren — zum Vorteil für alle Beteiligten, wie M. wieder andeutet. Der Raum für die ambulatorischen Kranken dient zugleich als Auditorium; Abteilungen für Männer und Frauen sind durch Segeltuch hergestellt. Dabei erreicht die Durchschnittszahl der Patienten jährlich 5000 Fälle. Auf der böhmischen Klinik von JANOVSKY fand M. an interessanten Fällen zwei Kranke mit Molluscum, die bei dem einen zum Teil die Gröſse einer Apfelsine hatten, bei dem anderen Falle dagegen degenerative Vorgänge aufwiesen. Die Gebäude sind neu und gut ausgestattet. Allerdings fehlt eine eigentliche Badeeinrichtung; dagegen findet sich dort ein besonderes Zimmer für die Ausführung der nötigen Einreibungen bei Psoriasis, Scabies usw.

In Breslau interessierte sich M. namentlich für die Technik der NEISSERschen Protargolbehandlung, da er gefunden hatte, daſs kein einziger seiner eigenen Patienten es fertig brachte, die Protargollösung 30 Minuten in der Harnröhre zurückzuhalten.

Man sagte ihm, dafs dann die Einspritzung zu wiederholen sei. Im übrigen fand M. die ganze Einrichtung und Führung der Klinik, wie nicht anders zu erwarten, mustergültig. Betreffs der Unterbringung der erkrankten Prostituierten im Allerheiligen-Spital ist zu bemerken, dafs dieselben kaum anders als die sonstigen Kranken gestellt sind. Die barmherzige Schwester, welche dort die Aufsicht führte, gab an, dafs ihr durchweg gehorcht werde, trotzdem sie erst 21 Jahre zählte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 9.

1. **Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen,** von Julius Heller-Charlottenburg.

I. **Lupus erythematosus der Nägel.** H. gibt in Kürze die Beschreibung zweier von Rille mitgeteilter Fälle von Lupus erythematosus der Nägel wieder und teilt dann einen von ihm selbst beobachteten Fall mit, der deshalb besonders interessant war, weil er schon im Anfangsstadium zur Untersuchung kam. Es handelte sich um eine 17jährige Patientin mit Lupus erythematosus im Gesicht und an einzelnen Fingern. An der linken Hand waren auf dem hinteren Nagelwall, zum Teil auch auf den seitlichen Nagelwällen des zweiten, dritten und vierten Fingers tiefrote, in verschieden grofser Ausdehnung schuppende Infiltrate zu sehen. Am Nagel des vierten Fingers war die der Lunula entsprechende Stelle erhaben, vor ihr, durch ein Stück gesunder Nagelplatte getrennt, lag eine 1,5 mm breite, deutliche Vertiefung, durch welche das Nagelbett tiefrot hindurchschimmerte. Am Nagel des fünften Fingers schien an zwei Stellen, am Nagel des zweiten Fingers an einer Stelle das Nagelbett durch die völlig intakte Nagelplatte tiefrot durch; man mufste annehmen, dafs an diesen Stellen Lupus erythematosus-Herde auf dem Nagelbette vorhanden waren.

II. **Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung.** Bei einem sechsjährigen Mädchen hatten einige Wochen nach einer schweren Gehirnerschütterung sämtliche Fingernägel, mit Ausnahme des Nagels am fünften Finger der linken Hand „sich einzuspalten" begonnen und waren schliefslich, ohne dafs Schmerzen oder entzündliche Erscheinungen aufgetreten wären, abgegangen. H. sah das Kind fünf Jahre später und konstatierte, dafs die Nagelplatten an neun Fingern vollständig fehlten. Die Nagelwälle waren normal, Zeichen einer bestehenden Entzündung fehlten; die Nagelbetten boten das Bild dar, das man nach Verlust der Nägel infolge von Entzündung zu sehen gewohnt ist. An einzelnen Stellen zeigten sich Ansätze pathologischer Hornbildung. — H. hält es für zweifellos, dafs der Ausfall der Nägel eine Folge der Gehirnerschütterung war. Einen ähnlichen Fall von Anonychie hat er nach Erfrierung der Hände gesehen.

2. **Neuere Arbeiten über die Spirochaeta pallida. Bericht über das zweite Halbjahr nach der Entdeckung,** von Hans Hübner-Frankfurt a. M. Sammelreferat über die von Oktober 1905 bis April 1906 erschienenen Arbeiten über die Spirochaeta pallida. Zum Schlusse seines Berichtes gibt H. seiner Überzeugung dahin Ausdruck, dafs „man die Pallida mit Sicherheit als die Ursache der Syphilis ansehen kann, mindestens mit derselben Sicherheit wie andere unkultivierbare Krankheitserreger, z. B. den Leprabacillus". — Das beigegebene Literaturverzeichnis, das 220 Nummern enthält, umfafst die Veröffentlichungen vom 23. April 1905 bis zum 23. April 1906.

Götz-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band VI, Nr. 11.

Behandlung der Syphilis in den Schwefelthermen, von DRESCH. Abgesehen von der allgemeinen hygienischen Wirkung eines Badeaufenthalts betont D. den Wert der Schwefelbäder, der sich darin äufsert, dafs nach vorheriger Hg-Behandlung die Residuen des Metalls resp. von dessen Salzen im Körper zu chemischer Tätigkeit veranlafst werden, und somit einesteils die schädlichen Rückstände entfernt werden, anderenteils eine kräftige Einwirkung des in Freiheit gesetzten Hg erzielt wird. Daneben gibt er subcutane Injektionen von verschiedenen Hg-Präparaten, wobei er namentlich das Enesol bevorzugt. Die Vorteile desselben werden an einigen prägnanten Beispielen geschildert. (*Bull. général de thérap.*)

Die Syphilis und die Schwefelwasser, von PRIVAT. Im allgemeinen wirken die Schwefelbäder anregend und aufbauend, und man soll nicht durch eine gleichzeitige Quecksilberbehandlung diese gute Wirkung stören. Am besten ist es, den Patienten vor der Badekur eine intensive spezifische Behandlung vornehmen zu lassen, während seines Badeaufenthaltes jegliche derartige Therapie zu unterlassen und nach der Rückkehr wiederum eine Hg-Behandlung eintreten zu lassen. Man sieht bei Beachtung dieser Vorschrift oft noch im Verlaufe des Badeaufenthaltes Symptome einer Merkurialisation eintreten. Andererseits gibt es aber auch Patienten, welche von vornherein das Quecksilber nicht vertragen. Bei diesen kann man nach einigen Tagen Badekur dreist mit Hg anfangen. Sie vertragen dann schon das Doppelte und Dreifache von dem, was sie zu Hause bekamen. Kontraindiziert sind die Schwefelwasser bei Arteriosklerose, Leberleiden und nicht kompensierten Herzfehlern. (*Journ. des practiciens.*)

Band VI, Nr. 12.

Die Behandlung der Pityriasis versicolor mit Wasserstoffsuperoxyd, von P. GALLOIS. An Stelle der klassischen Pinselungen mit Jodtinktur empfiehlt G. Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd (12 Vol.), dem er Borax im Verhältnis von 2 auf 100 zusetzen läfst. (*Soc. de thérap.*)

Heilung eines obstinaten Pruritus durch Injektionen von TRUNECEKschem Serum, von DEVAUX. Bei einem Patienten, welchem eine ganze Liste von Medikamenten und von Diätvorschriften nicht geholfen hatte, bewirkten subcutane Einspritzungen dieses Serums in kurzer Zeit eine völlige Umwandlung. (*Bull. thér.* 1904.)

Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg-Bibromid, von P. POLTAVTZEV-Charkow. Verfasser berichtet über Erfolge bei 160 Kranken im Militärhospital, bei denen er Einspritzungen dieses Salzes verwendete. Man benutzt eine 1%ige Lösung, welcher zur Erhöhung der Haltbarkeit 0,5% NaCl zugesetzt wird. Bei schweren Fällen wird die Konzentration verdoppelt oder verdreifacht. Die in der Glutäalgegend gegebenen Injektionen sollen sehr wenig oder keinen Schmerz verursachen, trotz täglicher Verabreichung in Dosen von 1 ccm der Lösung. (*Rev. de thérap. méd. Ch.* 15. April 1906.)

Einige neue Tatsachen in bezug auf experimentelle Syphilis, von METSCHNIKOFF und ROUX. Verfasser berichten über ihre mehrfach besprochenen Impfbeobachtungen mit Syphilis an Affen und über den prophylaktischen Wert der Einreibungen von Hg-Salbe. Ein junger Mediziner liefs sich mit Virus von Primärsyphilid von zwei Männern am Penis impfen. Eine Stunde später wurden die Stellen kräftig mit einer Kalomelsalbe (10 : 40 Lanolin) eingerieben; seitdem sind drei Monate vergangen, ohne dafs sich irgendwelche syphilitischen Erscheinungen gezeigt hätten. Kontrollimpfungen an Affen ergaben dagegen ein positives Resultat. Verfasser scheinen an diese Beobachtungen ziemlich grofse Erwartungen zu knüpfen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.
1906. Heft 2.

Letzte Untersuchungen über die Ätiologie und die experimentelle Übertragung der Syphilis, von Prof. M. MANTEGAZZA. In seiner klinischen Vorlesung gibt der Vortragende eine Übersicht der letzten Errungenschaften auf diesem Gebiete. Bringt nichts Neues.

Untersuchungen über die Spirochaeta pallida bei der erworbenen und hereditären Syphilis, von F. RADAELLI. Bei der erworbenen Lues hat der Verfasser fast immer die Spirochäte in primären Syphilomen und feuchten Papeln nachweisen können, dagegen niemals in anderen Effloreszenzen; ebensowenig im Blute. Wahrscheinlich findet der Pilz im Blute nicht das nötige Nährmaterial. Die Untersuchung von Sperma ergab ebenfalls stets ein negatives Resultat. Bei der hereditären Syphilis waren die Resultate konstanter, indem er in allen vier zur Untersuchung gelangten Fällen den Pilz in den inneren Organen nachweisen konnte. Die Menge der vorgefundenen Mikroorganismen in den einzelnen Organen schien meist im Verhältnis zu stehen mit der Schwere der Läsionen. Was den Sitz der Spirochäte anbelangt, so hat er sie in den Epithelien der Lungenalveolen und in der Leber mit Sicherheit innerhalb des Zellkörpers gefunden. Das Organ, in welchem der Pilz am konstantesten nachgewiesen wurde, ist die Leber; in der Milz ist der Befund viel häufiger negativ, wohl deshalb, weil in diesem Organ wahrscheinlich der Pilz zerstört wird.

Glossitis arcata chronica, von CALDERONE. Der Verfasser beschreibt zwei dieser Fälle, die jüngere Individuen betreffen. Die Affektion kennzeichnet sich durch das Auftreten von multiplen Plaques auf der Zungenoberfläche; der Verlauf ist ein chronischer mit kurzen Remissions- und Excerbationsperioden; die Form ist meist halbmondförmig; der Rand ist 1—7 mm dick und scheinbar über die Umgebung erhaben; die Oberfläche der Zunge ist von Furchen durchzogen und hat infolgedessen ein gefälteltes, gespaltenes Aussehen; subjektive Beschwerden fehlen; dagegen bestehen gleichzeitig Magenbeschwerden. Die Quecksilberbehandlung bleibt ohne jeden Erfolg, weshalb die Ähnlichkeit mit den Plaques muqueuses nur eine oberflächliche ist. In pathologisch-anatomischer Beziehung handelt es sich um einen entzündlichen Prozefs, der das Epithel und die Cutis betrifft und in dieser Beziehung ähnelt derselbe bis zu einem gewissen Grade den Veränderungen, wie man sie bei den syphilitischen Plaques muqueuses konstatiert. Was die Pathogenese der Affektion anbelangt, so glaubt der Verfasser die letztere mit Verdauungsstörungen in Zusammenhang bringen zu müssen; es würde sich um partielle Ernährungsstörungen handeln, welche durch Vermittelung des Sympathicus reflektorisch entstehen sollen. Die Behandlnng ist dementsprechend eine rein kausale.

Über die Epidermolysis bullosa hereditaria (Dermoepidermolyse), von BOSELLINI. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Art, konnte aber nur den einen derselben genauer verfolgen (16jähriges Mädchen). Das am meisten charakteristische Merkmal der Affektion ist das Auftreten von Blasen von verschiedener Gröfse und über die verschiedensten Körperteile verbreitet. Die Verteilung der Effloreszenzen scheint jedoch in Beziehung zu stehen mit der Verästelung des Nervenbaumes (metamere Verteilung der Eruption). Es handelt sich dabei um einen primären Zustand von partieller Loslösung der Epidermis von der Cutis oder Epidermiszellen unter sich, ohne eigentlichen entzündlichen Prozefs; dieser Zustand führt sekundär zur Bildung von miliumartigen Cysten, von atrophischen Narben oder Keloiden; gleichzeitig bestehen Veränderungen an den Nägeln und den Haaren; erstere sind verdickt, besonders an den Füfsen, die Haare sind spärlich, mit linsenförmigen kahlen Stellen. Traumen vermögen die Ablösung der Epidermis von der Cutis nicht hervorzubringen,

es muſs sich offenbar, so meint der Verfasser, um die Bildung von chemischen Substanzen verschiedener Art handeln, die eine solche Trennung zustande bringen. Sicheres weifs man darüber jedoch absolut nicht.

Über den Zustand des Knochenmarks bei den Pemphiguskranken, von TRUFFI. In den vier Fällen, die der Verfasser beschreibt, konnte er konstant Veränderungen in der Milz und den Lymphdrüsen finden, Veränderungen, die sich mehr auf die Gefäfse und das Bindegewebe, denn auf das Drüsenparenchym beziehen. Beim Rückenmark jedoch waren diese Veränderungen keineswegs konstant und gleichartig, oder überhaupt stets vorhanden. Überhaupt haben sie absolut nichts charakteristisches für den Pemphigus an sich und können bei einer Menge anderer Affektionen auftreten.

Intraepidermale, unter der Hornschicht gelegene Talgdrüsen, von PASINI. Erschien ausführlich in dieser Zeitschrift. *C. Müller-Genf.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 5.

I. **Einige Fälle ausgedehnter gummöser Affektionen am Gliede**, von ZDZISŁAW SOWIŃSKI. Beschreibung von drei Fällen ausgedehnter Gummata des Gliedes. In der Anamnese des ersten Falles konnte Lues nicht nachgewiesen werden; Patient war verheiratet und Vater von gesunden Kindern, seine Frau hat nie abortiert. Die Diagnose des bereits ein Jahr dauernder Veränderung, die allmählich das Glied bis auf einen 2 cm langen Stumpf zerstört hat, schwankte zwischen Gumma und Carcinom, wurde aber nach der ersteren Richtung entschieden und der Erfolg der Jodquecksilbertherapie bestätigt.

Die gummöse Veränderung am Gliede des zweiten Falles kam bereits einige Monate nach der ersten Infektion zustande. Der Fall zeichnete sich überhaupt durch besondere Malignität aus, und gleichzeitig mit den Veränderungen am Gliede waren Zerstörungsprozesse im Halse und Cubitaldrüsen vorhanden. Die Jodquecksilberkur erschien diesen Veränderungen gegenüber machtlos, das ZITTMANNsche Decoct aber hat sich hier sehr gut bewährt.

Auch im dritten Falle mufste Verfasser zum Decoctum Zittmanni greifen. Der Verlauf dieses Falles war ein sehr schwerer. Die gummösen Veränderungen stellten sich acht Jahre nach der Infektion ein. Die kombinierte antiluetische Kur wurde zwar von Erfolg begleitet, nach kurzer Zeit aber kam es zu immer frischen Rezidiven, die im weiteren Verlaufe — im Laufe von ca. fünf Jahren — trotz energischer Behandlung zu weitgehender, wenn auch hauptsächlich oberflächlicher, bis auf Corpora cavernosa reichender Verstümmelung des Gliedes führten.

II. **Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustand**, von LEON KARWACKI. (Fortsetzung.) In der fortgesetzten Schilderung der Flora der Geschlechtsorgane beschreibt Verfasser die

Zehnte Gruppe der Kapselbazillen, die er in 2% der untersuchten Fälle vorgefunden hat, und zwar nur in den weichen Schankern in Gesellschaft von anderen Saprophyten; eine Ausnahme bildeten diesbezüglich zwei Fälle von Ulcera follicularia aus der Nachbarschaft der weiblichen Geschlechtsorgane, wo Verfasser lauter Kapselbazillen gefunden hat, von denen eine Reinkultur auf gewöhnlichem Nährboden gewonnen wurde.

Das nächste Kapitel widmet Verfasser der Frage der Balanitiden, die er nach französischen Autoren in folgende Gruppen einteilt: a) Balanitis suppurativa

— seltene Form — mit der überwiegenden Mehrzahl von Staphylokokken im Eiter; b) Balanitis suppurativa communis (Vincent) — gewöhnliche Form — hervorgerufen durch kleine Bazillen und Spirochäten; c) Balanitis erosiva s. geographica (Du Castel), hervorgerufen nach dem einen durch Spirochäten, nach dem anderen durch Spirochäten und Vibrionen; d) Balanitis ulcero-membranosa (Queyrat), hervorgerufen durch spindelförmige Bazillen und Spirochäten, und e) Balanitis phagedaenica, mit Vibrionen und Spirochäten im Sekrete.

Nach dieser Einteilung folgt die Schilderung einzelner Mikroorganismen.

1. Spirochaete refringens. Verfasser selbst konnte an den Spirochäten weder Geifselfäden noch undulierende Membran wahrnehmen. Er beobachtete zwar Spirochäten, bei denen das eine Ende dick und rund war, während das andere sich fadenförmig in die Länge zog, kann aber nicht behaupten, dafs es sich dabei um undulierende Membran handelte. An der Hand deutlicher Zeichnungen beschreibt Verfasser die Metamorphosen der Spirochäten, die er an dem in steriler physiologischer Lösung aufgehobenen Balanitideneiter im Laufe von einer Woche feststellen konnte. Die Spirochäte wird zuerst im ganzen dicker und plumper; dann kommen an ihr rosenkranzförmige Verdickungen zum Ausdruck; dann segmentiert sich der Spirochätenleib in einzelne Stücke, wobei ein Teil zu Grunde geht. Die Segmentierung hat andererseits die Bildung von rosenkranzförmiger Gebilde zur Folge, die aus peripher stark tingierten und innen leeren Körnern bestehen. Manche von diesen Gebilden sind mit ein oder zwei Geifselfäden versehen, besitzen lebhafte Beweglichkeit und erinnern an die von Siegel beschriebenen Gebilde. — Neben Segmentierung beobachtete Verfasser auch die Teilung der Spirochäten der Längsachse entlang. Die Sprochaete refringens erscheint demnach für Verfasser als zu den Protozoen gehörend und verdient den von Schaudinn vorgeschlagenen Namen Treponema refringens.

2. Bacillus balanitidis wird nach Vincent geschildert. Verfasser selbst hat diesbezüglich keine Erfahrungen, da der Vincentsche Bacillus in Polen nicht vorzukommen scheint.

3. Vibrio balanitidis (Müller und Scherber) ist dem Bacillus balanitidis sehr ähnlich. Er stellt kurze, 2—3 μ lange, Bazillen dar, in der Mitte gebogen, an den Enden spitz auslaufend. Verfasser hat versucht Reinkulturen von diesen Vibrionen auf seinem Nährboden zu gewinnen. Es kam dabei zu reichlicher Wucherung der Vibrionen mit gleichmäfsiger Trübung des Nährbodens und mit Ausscheidung von stark übelriechenden Gasen. Die Versuche weiterer Verimpfung fielen stets negativ aus.

4. Gruppe der spindelförmigen Bazillen. Hierher gehören mehrere verschiedene Typen, die alle die Form einer Spindel besitzen. Findet man die spindelförmigen Bazillen im Sekrete der Balanitis, so ist als Infektionsquelle ein Coitus per os anzunehmen, da diese Mikroorganismen hier sonst nicht vorzukommen pflegen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Ein Fall von multipler Keimversprengung im Urogenitaltraktus, von Alfred Engelmann. (Dissertation. München 1905.) Verfasser will in der Einleitung den Nachweis führen, dafs die Ätiologie der Mehrzahl der Tumoren wahrscheinlich in einer Keimversprengung liegt. Er betrachtet ferner die Art und Weise dieser Versprengungen und die Gründe für das Auswachsen dieser isolierten Keime zu Tumoren und gibt dann die Krankengeschichte seines Falles, der einen 78jährigen Mann betrifft. Es wurden vier Nierentumoren gefunden, welche teils papillomatöse, teils tubulöse Adenome, teils sarkomatösen Bau, teils eine Mischung von beiden darstellten. Ferner fand sich eine Hodengeschwulst, welche gewisse Ähnlichkeit sowohl mit einem Epidermoid, als auch mit einem Atherom zeigte, zu keiner Gattung aber bestimmt gerechnet werden konnte. Für alle diese Tumoren ist die Ableitung aus einer embryonalen Keimversprengung wahrscheinlich gemacht.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von congenitaler Abnormität der Urogenitalorgane, von G. F. D. Smith und A. L. H. Smith-London. (*Lancet.* 21. Juli 1906.) Es handelte sich um ein im Allgemeinen ganz normales weibliches Kind, bei dem am vierten Tage p. p. eine wallnufsgrofse, rote Geschwulst vor der Vulva bemerkt wurde. Nach einiger Behandlung liefs sich dieselbe zurückbringen, und es fand sich, dafs sie durch die Urethra ausgetreten war. Sie kam noch ein paar Male zum Vorschein, aber in immer geringerer Gröfse. Das Kind starb plötzlich ohne irgendwelche sonstigen Krankheitserscheinungen am 15. Tage an Krämpfen. Die Autopsie ergab neben einem accessorischen Ureter eine nunmehr kollalierte Cyste an der Einmündung des letzteren in der Blase. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Tuberkulose der Geschlechtsorgane, von F. Legueu-Tenon. (*Presse méd.* 1906. Nr. 49.) Verfasser spricht über die Tuberkulose des gesamten Harn- und Geschlechtsapparates, die Tuberkulose geht von den Nieren auf die Ureteren, von da auf die Blase über und dann auf die Urethra, Prostata, Nebenhoden und Samenblasen weiter. Daher ist die Kastration meist nutzlos, sie entfernt nur einen Teil. Das rationellste um einer Gesamttuberkulose des Harnapparates vorzubeugen, ist allein die rechtzeitige Entfernung der kranken Niere, wenn es möglich ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Wirkungen der Harnsäure auf den Urogenitalapparat, von William Henry Porter. (*New York. med. Journ.* 12. Mai 1906.) Im ersten Teile seiner Arbeit bespricht Verfasser ausführlichst die normale (physiologische) Entstehung der Harnsäure, welche nach seiner Ansicht vom Gesetze der Oxydation und der Reduktion des Proteid-Moleküls und nicht vom Gesetze der Synthese abhängig ist und unzweifelhaft in den Nierenzellen vor sich geht. Die Überproduktion von Harnsäure mufs, so schliefst er weiterhin, von drei Hauptfaktoren abhängig sein: mangelnder Sauerstoffversorgung, Aufnahme von zu reichlicher Nahrung (völliger Oxydation nicht fähig) und Störungen im Mechanismus des Nervensystems. Harnsäure ist in keinem einzigen Nahrungsmittel, ferner nicht im Blut vorhanden. Bei der Gicht wird Harnsäure auch

in anderen protoplasmatischen Gebilden als in den Nierenzellen erzeugt. Die Folgen der Überproduktion an Harnsäure sind Hypertrophie der Nieren, parenchymatöse Entartung und diffuse oder interstitielle Gewebsveränderungen derselben. Die vermehrte Harnsäure kann auch reizend auf den ganzen Urogenitalapparat einwirken. Die Darreichung von Alkalien verschleiert nur die Symptome, entfernt aber nicht die ätiologischen Faktoren, was doch die Hauptsache bei der Therapie wäre. Die Überproduktion an Harnsäure kann dazu beitragen, sowohl die Bildung von Phosphat- wie von Harnsäuresteinen zu begünstigen. Die Harnsäure kann in Lösung, in isolierter kristallinischer Form oder als Steingebilde reizend wirken und zwar ist ihre Wirkung stets eine mechanische. Die Folgen vermehrter Harnsäurebildung werden oft mit Störungen des Stoffwechsels, welche eigentlich die Ursachen derselben sind, verwechselt. Auf weitere Einzelheiten der interessanten theoretischen Auseinandersetzungen kann hier nicht eingegangen werden. *Stern-München.*

Über Desinfektion der Harnwege, von K. Mandrila-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 7.) M. hat in 18 Fällen (zehn Fälle von chronischer Blennorrhoe und acht Fälle von Prostatahypertrophie mit Cystitis) Helmitol in Dosen von 6 g täglich angewendet und verwendet es namentlich bei Prostatikern, deren Appetit und Darmtätigkeit darniederliegt, lieber als Urotropin, da durch die im Helmitol enthaltene Zitronensäure der Appetit angeregt und das Helmitol in Form von Limonade gern genommen wird. Die Wirkung soll manchmal kräftiger sein als die des Urotropins, doch mufs es in gröfseren Mengen gegeben werden; selbst bei monatelangem Gebrauch bemerkte M. gar keine schädlichen Nebenwirkungen. *Putzler-Danzig.*

Beiträge zur Kenntnis der neueren Harndesinficientia, von Viktor Klimek-Darkau. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 22.) Das Helmitol ist an desinfektorischer Kraft dem Urotropin überlegen, weil das letztere nur spärlich Formaldehyd abgibt und zum gröfsten Teil ungespalten die Harnwege verläfst. Beiden überlegen ist das Hetralin. Es ist einmal absolut ungiftig, ferner tritt neben der Formaldehydabspaltung des Hexymethylentetramins noch die Wirkung der Phenole in Erscheinung. *Putzler-Danzig.*

Über Alypin in der urologischen Praxis, von H. Lohnstein-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Auf L.s Anregung haben die Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co. ein salpetersaures Salz des Alypins hergestellt. Die Lösungen dieses letzteren bilden, mit Argentum nitricum-Lösung vermischt, eine klare Flüssigkeit. Mit ihnen hat L. bei seinen späteren klinischen Versuchen ausschliefslich gearbeitet.

Angewandt hat L. das Alypinum nitricum zur Anästhesierung der Urethra anterior, indem er 5 ccm einer 1%igen Lösung mittels Urethralspritze injizierte, behufs schmerzloser Einführung des Endoskoptubus, ferner zur Erschlaffung des Compressor urethrae bei Janet-Irrigationen sowie tiefen Harnröhreninjektionen. Die Anästhesierung war, insbesondere soweit die Verhütung der Reflexkontraktion des Compressor urethrae in Frage kam, stets vollkommen gleich, mochte man Cocain oder Alypin injiziert haben. Ebenso vortrefflich bewährte sich das Medikament bei Argentuminstallationen in die Harnröhre oder Blase. L. ist bisher hier in der Regel so verfahren, dafs er 1 ccm einer 5%igen Argentumlösung und 5 ccm einer 1%igen Cocainum nitricum-Lösung instillierte. Die Folge ist dann, dafs die Kranken die erste Empfindung des Brennens oder des Drängens gewöhnlich erst fünf Minuten nach erfolgter Applikation verspüren, d. h. erst dann, wenn die Wirkung des Argentum nitricum vollständig eingetreten ist.

Auch gelegentlich der Applikation von Bougies, schwierigen Katheterismus, sowie vor allem vor Vornahme der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus hat sich L.,

und zwar um den Vergleich mit dem Cacain besser beurteilen zu können, bei denselben Kranken abwechselnd des Cocain und des Alypin bedient, indem er die Harnröhre mit 5 ccm einer 1%igen Lösung fünf Minuten lang anästhesierte. Auch hier hat er keinen merkbaren Unterschied in der Intensität der Wirkung beider Anästhetica nachweisen können.

Schliefslich hat L. in etwa 20 Fällen das Alypin, gleichfalls in 1%iger Lösung, behufs Infiltrationsästhesie bei Phimosenoperationen, Inzisionen des Orificium externum der Harnröhre angewandt. Nach Abschnürung des Penis mittels Gummirohr wurden 1—2 ccm der Lösung rings um die zu inzidierende Partie subcutan injiziert. Bis auf einen Fall wurde komplette Anästhesie erzielt. *Arthur Rahn-Berlin.*

Das Cystoskop, von D. Newman-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1906 und 30. März 1906.) Verfasser schildert ausführlich die Anwendungsweise des Cystoskops. Der von ihm verwendete Apparat hat gewisse Vorzüge: ein Doppelokular ermöglicht es, dafs zwei Personen gleichzeitig das Blaseninnere betrachten; zur Lokalisierung der Läsionen und zur ungefähren Messung derselben, wenigstens in der longitudinalen Richtung des cystoskopischen Kreises, ist die Peripherie des Griffes in Grade eingeteilt (rechts und links — grün und rot), während ein Haarstrich am Glase die Mittellinie kennzeichnet; auf diese Weise läfst es sich ablesen, wie weit von der Mittellinie der affizierte Teil sich befindet. Spülung der Blase resp. Urinentleerung ist ohne Entfernung des Tubus natürlich auch vorgesehen. Ferner demonstriert N. einen billigen Projektionsapparat. Im zweiten Teil schildert Verfasser die gewöhnlichen, mit dem Cystoskop erkennbaren Leiden und ferner einen interessanten Fall von Nierenaffektion, welche durch Pneumokokkeninvasion bedingt war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Was leistet die Cystoskopie und wie weit mufs der praktische Arzt mit dieser Untersuchungsmethode vertraut sein, von Julius Vogel-Berlin. (*Wien. klin. Rundsch.* 1906. Nr. 28.) Nachdem Verfasser die Leistungen der cystoskopischen Diagnosenstellung und der dazu gehörigen Therapie erläutert hat, schliefst er den Artikel mit der Forderung, dafs jeder Arzt über die Leistungen der Cystoskopie orientiert sein und wissen müsse, in welchen Fällen sie zur Diagnosestellung heranzuziehen sei. *Putzler-Danzig.*

Was soll von der Cystoskopie „à vision directe" verlangt werden? von F. Cathelin. (*Ann. de la Policl. centr. de Bruxelles.* 1906. Nr. 1.) Die Arbeit beginnt mit einer scharfen Kritik des Vorgehens von Luys, welcher das von von Keersmecker sinnreich modifizierte Valentinesche Urethroskop als eigene Erfindung in Frankreich eingeführt hat. Verfasser erwähnt sein Cystoskop „à vision directe" und fafst die Indikationen für diese Cystoskopie in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Cystoskopie „à vision directe" eignet sich nicht zur Entfernung von Blasengeschwülsten, da ihr diesbezüglich die Cystotomie weit überlegen ist.

2. Ebenso eignet sie sich nicht zur Katheterisation der Ureteren; diesem Zwecke dienen ausgezeichnet das Cystoskop von Nitze und der vom Verfasser eingeführte Harnseparator.

3. Zur Untersuchung grofser Blasengeschwülste eignet sich viel besser das Instrument von Nitze, als das vom Verfasser; das letztere leistet dafür ausgezeichnete Dienste bei Untersuchung kleiner entzündeter Harnblasen, kleiner Harnblasengeschwülste, insbesondere Polypen.

4. Die Hauptindikationen zur Benutzung der Cystoskopie „à vision directe" sind folgende:

a) Abtragung von Fremdkörpern in der Harnblase, endo- oder exogener Provenienz;

b) direkte Kauterisation der Vegetationen, Geschwüre oder entzündeten Stellen der Harnblasenwand mit verschiedenen chemischen Mitteln (Jodtinktur, Lapis usw.).

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente, von Frank-Berlin. (*Ann. de la Policl. centr. de Bruxelles.* 1906. Nr. 1.) An der Hand von zwei Abbildungen beschreibt Verfasser das von ihm eingeführte (von der Firma Georg Haertel in Breslau verfertigte) Stativ, welches die Demonstration und das Photographieren der cystoskopischen, urethroskopischen und ähnlicher Bilder in bequemer Weise erleichtert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ursachen und Behandlung der Enuresis, von P. G. Lewis-Folkestone. (*Brit. Med. Journ.* 21. April 1906.) Nach L.s Meinung ist der wesentlichste Faktor bei der Entstehung der Enuresis ein septischer Zustand des Darmkanals. Die Folge davon ist zunächst die Erzeugung eines abnormen Urins, der entweder einen zu hohen Säuregrad oder andererseits eine neutrale oder gar alkalische Reaktion mit niedrigem spezifischen Gewicht aufweist. Im ersteren Falle erzielt man durch Entziehung der animalischen Nahrung prompte Besserung, im zweiten durch Beschränkung der stärkemehlhaltigen Speisen. Daneben empfiehlt Verfasser Kalomel (0,015) abends zu nehmen nebst einem milden salinischen Abführmittel des Morgens. Belladonna, namentlich in Verbindung mit Tr. nuc. vomic. und ferner Natrium salicylicum (0,3 ter die) sind oftmals wirksam. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Enuresis und deren Behandlung, von H. Thursfield-London. (*Brit. Med. Journ.* 21. April 1906.) Die übliche Erklärung der Enuresis als durch eine Erschlaffung des Sphincters bedingt, weist T. zurück; der Sphincter läßt so gut wie nie ein abnormes Verhalten erkennen; es handelt sich vielmehr um eine abnormerweise fortbestehende reflektorische Reizbarkeit des Detrusor, wie solche im ersten Lebensjahr, beim Säugling als Norm zu bezeichnen ist. Als ätiologische Momente sind neben allgemeiner Schwäche und Anämie und vielleicht Petitmal zu nennen: adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum, Oxyuris vermicularis, Hyperacidität des Urins und Bacteriurie. Fissura ani, Vulvitis, Balanitis, Phimosis können nach T.s Erfahrungen weniger in ätiologischen Zusammenhang mit dem Leiden gebracht werden. Therapeutisch am wertvollsten sind Belladonna, Kalium citricum und Urotropin. Nötigenfalls ist auch ein totaler Wechsel der Umgebung und der Lebensweise zu verordnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hypospadie der Eichel und des Penis; ihre chirurgische Behandlung, von M. G. H. Forthomme. (*Thèse de Nancy.* 1905. Nr. 25.) *Fritz Loeb-München.*

Exstirpation des Penis mit Resektion des Scrotum, von Peter Jansen-Bonn. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 22.) Einem Patienten war wegen Carcinom der Penis amputiert worden. Acht Monate später kam er mit einem ausgedehnten Rezidiv im Stumpfe wieder zur Aufnahme. Wegen ausgedehnter Carcinommetastasenbildung in den Corpora cavernosa penis wurde die totale Entfernung des Gliedes vorgenommen. Um bei Erhaltung der Hoden das hinderliche Scrotum auszuschalten, wurde eine ausgedehnte Resektion desselben vorgenommen. Durch ein Knopfloch in der Skrotalhaut konnte der Stumpf der Urethra ohne Zug hindurchgeführt werden, so daß die Mündung — wie bei der weiblichen Urethra — ziemlich dicht unter den Schambeinbogen zu liegen kam. Diese Verlegung der Urethramündung hat den Vorzug, daß der Kranke eventuell unter Andrücken eines kurzen Rohres, wie in früherer Zeit urinieren kann, wenn er sich nicht in sitzender Stellung des Urins entledigen will. *Schourp-Dansig.*

Über die Behandlung von Tumoren des Hodensacks in den warmen Ländern, von Thiroux und d'Anfreville-Saint Louis (Senegal). (*Presse méd.* 1906.

Nr. 46.) Tumoren am Skrotum sind in den heifsen Ländern sehr verbreitet und werden meist als Elephantiasis bezeichnet, doch ist oft auch Hydrocele, Hämatocele und Chylocele vorhanden. Erreichen diese Tumoren nun beträchtliche Gröfse, so ist natürlich eine Operation am Platze. Verfasser beschreiben eine Anzahl von Operationen, welche sie gemacht haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Fremdkörper der Urethra mit Sequestrierung eines Teiles der letzteren, von Arthur Weiss-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 16.) Ein 58jähriger Patient hatte, um seinen Urin, den er seit vier Wochen nur noch tropfenweise unter starkem Pressen und brennendem Schmerz entleeren konnte, leichter zu entleeren, einen Federkiel, mit dem Barte nach oben in die Urethra eingeführt. Bei einer derartigen Manipulation hatte er sich der abgebrochenen Spitze eines Federkiels bedient, die plötzlich seinen Händen entschlüpfte und der er nicht mehr habhaft werden konnte. Zwei Tage darauf Schmerzen im Perineum, erschwertes und schmerzhaftes Urinieren, tags darauf Schüttelfröste. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus ist die Haut des Präputiums und über den Regiones inguinales gerötet, das Skrotum in einen zweifaustgrofsen, druckempfindlichen Tumor verwandelt, der der Urethra entsprechend ein etwa kindsfaustgrofses, derbes Infiltrat durchtasten läfst, das sich nach vorn mit der Peniswurzel begrenzt, nach rückwärts bis an die Analöffnung reicht. Per rectum ein kleinfingerdicker, drehrunder Strang fühlbar, der sich nach rückwärts in die kleine, nicht druckempfindliche, normale Konsistenz zeigende Prostata fortsetzt. Da der Zustand immer bedrohlicher wird, endlich nach Einwilligung des Patienten Urethrotomia externa, Schnitt von der Peniswurzel bis zur Analöffnung, Bloflegung eines etwa kindsfaustgrofsen fluktuierenden Tumors, aus dem sich nach seiner Eröffnung eine urinös riechende, schmutzigbraune Eitermasse entleert. Nach fünf Tagen beim Verbandwechsel Skrotalhaut zum Teil abgestofsen und granulierend, ebenso beide Hoden und das Unterhautzellgewebe des Skrotums mit üppigen Granulationen bedeckt. Nur gegen die Bulbusgegend zu liegt eine das freiliegende Katheterstück zum Teil verdeckende, anscheinend abgestofsene, grauschwarz verfärbte, unempfindliche Gewebsmasse von etwa Nufsgröfse, welche sich mit einer Kornzange leicht herausziehen läfst. Der Gewebssequester zeigt eine nach oben offene Rinne, in der die etwa 4 cm lange Spitze des Hühnerfederkiels sich befindet. Nach weiteren drei Monaten Heilung. *Putzler-Danzig.*

Eine Methode, die hintere Harnröhre des Mannes sichtbar zu machen, von Goldschmidt-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 30.) Die Hauptprinzipien der neuen Methode bestehen in der Übertragung der bekannten Gesichtsfeld erweiternden Linsenkombination, die Nitze für die Blase erfunden hat, auf die Harnröhre. Man mufs daher die Harnröhre ausdehnen, was sich leicht bewirken läfst. Verfasser hat ein Instrument konstruiert, mit dem man die hintere Harnröhre, besonders den Samenhügel gut betrachten kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über traumatische Harnröhrenverengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz, von Franz Eberhard Pfeil. (Inaug.-Dissert. Bonn 1905. 75 S.) Die gründliche Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet. Es sei hier nur die Reihe der ausgeprägtesten Beschwerden, wie sie in den mitgeteilten Krankengeschichten zur Beobachtung gekommen sind, mit der durch sie bedingten und in den Gutachten anerkannten Beschränkung der Erwerbsfähigkeit aufgezählt.

Eine Striktur, die keine Beschwerden macht, aber zeitweilig behandelt werden mufs ..... 10 % R.-V.-A.,
bei öfterer ambulanter Behandlung ..... 20 %,
leichte Beschwerden durch häufiges Urinieren oder geringes Harnträufeln bedingt ..... 15—20 %,

häufiges schmerzhaftes Urinieren ..... 25—33⅓ %,
Fistel mit leichtem Harnträufeln ..... 20—30 %,
nach Gewöhnung ..... 15 %,
häufiges schmerzhaftes Urinieren und Harnträufeln in stärkerem Grade ..... 50 %,
häufiges schmerzhaftes Urinieren, Harnträufeln, Blasenkatarrh, Schmerzen beim Stuhl und Samenverlust ..... 50—66⅔ %,
unfreiwilliger Urinabgang, Blase nur mit Katheter zu entleeren, starker Rheumatismus ..... 75—100 % R.-V.-A.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Urethrotomia interna (Urétrotome mensurateur de Bazy), von François Joly. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 243.)

Fritz Loeb-München.

Über eine Harnblasengeschwulst, von der Harnröhre ausgehend, von Duhot. (*Ann. de la Policl. centr. de Bruxelles.* 1906. Nr. 1.) Ein 45 Jahre alter Patient erschien beim Verfasser mit der Klage über heftigen Harndrang. Der Harn war klar, Hämaturie war nicht vorhanden. Die cystoskopische Untersuchung nach Nitze ergab nur eine Verdickung der Harnblasenwände, was den Verfasser zur Annahme einer chronischen interstitiellen Entzündung des Collum vesicae bewog. Anderthalb Jahre später meldete sich der Patient mit denselben, noch heftigeren Beschwerden. Diesmal konnte durch das Nitzesche Instrument eine den Blasenhals ausfüllende Masse bemerkt werden; nach Einführung eines retrograden Cystoskops wurde diese Geschwulst deutlich wahrnehmbar. Das Aussehen derselben sprach — — obwohl Hämaturie fehlte — für einen malignen Tumor. Nach Eröffnung der Blase sah man den Tumor den Harnblasenhals als einen Pilz ausfüllend, dessen Stiel, sich allmählich verjüngend, in den prostatischen Teil der Harnröhre fortsetzte. Die Geschwulst wurde nun durch Anwendung eines Thermokauters entfernt und deren histologische Untersuchung ergab ein benignes Papillom, das sehr gefäfsarm war, was auch das Fehlen der Hämaturie wohl erklärt.

Die Geschwulst erscheint also eigentlich als ein Harnröhrentumor, der in das Blaseninnere weiterwuchs —, ein wohl seltenes Vorkommnis. Zum Schlufs macht Verfasser auf die Vorteile des retrograden Cystoskops aufmerksam, das allein die Diagnose in dem Falle ermöglichte und beschreibt an der Hand einer Abbildung das Instrument von Schlagintweit. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über eine von der Hinterwand der Pars prostatica urethrae ausgehende in die Blase vorragende Cyste mit Einmündung eines am renalen Ende atretischen, rechten, überzähligen Ureters in sie, von Arthur Weinstein. (Inaug.-Dissert. München 1906.) Der Titel sagt, was den Fall bemerkenswert macht.

Fritz Loeb-München.

Über Diverticel der Harnröhre des Mannes, ihre Entstehung und ihre Beziehungen zu Harnröhren- bezw. Blasensteinen, von Gustav Gansen. (Inaug.-Dissert. Bonn 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Instrument zur aseptischen Einführung von weichen Kathetern, von Rudolf Bloch-Prag. (*Prager med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Um die Übertragung von Krankheitskeimen von den Händen durch die Katheter auf die Schleimhäute der Harnwege zu verhüten, wird bei Einführung das Ankommen des Katheters an die keimbesäte Umgebung des Genitales zu verhindern, hat B. folgendes Instrument konstruiert. Senkrecht zu einer Pinzette, deren Klemmhaken so gebaut sind, dafs der Katheter durch das Erfassen nicht beschädigt wird und dafs seine Führung seitlich gesichert ist, ist ein Tragarm für den Katheter angelenkt, welcher durch eine Drehung

gegen die Pinzette umgelegt werden kann. Vor dem Gebrauch wird dieser Tragarm sowie der mit dem Katheter in Berührung kommende Teil der Pinzette mehrmals durch die Flamme gezogen, dann mit der abgekühlten Pinzette der Katheter erfafst und sein mittlerer Teil auf den mit einem Bügel versehenen Tragarm gelagert. Dann Einführung des Katheters bei nachgelassenem Fingerdruck der den Penis haltenden Hand bis an die gewünschte Stelle. Die Katheterpinzette wird hergestellt von Gretsch & Co. in Feuerbach-Stuttgart. *Putzler-Danzig.*

Zur Prophylaxe der Kathetercystitis, von W. Paul Richter-Stettin. *(Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 17). Um die bakteriellen Ursachen der Kathetercystitis auszuschalten, schliefst der Verfasser an jede Katheterisation eine Blasenspülung an und hat zu diesem Zwecke an dem Katheter einen senkrechten Querarm mit T-förmig gebohrtem Hahn angebracht. Um Läsionen der Urethra zu vermeiden, ist der Durchmesser des Katheters nicht stärker als höchstens 5 mm, und die beiden Fenster klein und stumpfrandig. *Schourp-Danzig.*

Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica, von Raphael Giani-Turin. *(Centralbl. f. allgem. Pathol. usw.* 1906. Nr. 5.) G. gelang es, nachdem er bei 12 Kaninchen die ausgedehnte Cystotomia suprapubica vorgenommen und in die Blase eine $1^1/_2$ cm dicke, auf ungefähr $^1/_2$ cm mit Tuberkelbazillen beladene Celloidinröhre in die Blase eingelegt hatte — die Blasenwunde wie die Laparatomiewunde heilten glatt — nach 40 Tagen bis drei Monaten ein anatomisches Bild zu reproduzieren, das dem der Cystitis cystica entspricht. Es wird, so meint Verfasser, der Theorie durch diese Befunde immer mehr Grund entzogen, welche die Cystitis als eine Folge einer Infektion mit Sporozoïn zurückführen möchte. Andererseits wird durch Feststellung der Tatsache, dafs auf den Beginn des chronischen, durch die eingelegte Celloidinröhre angeregten und lebendig erhaltenen Irritationsprozesses in einigem Abstand konstant das Auftreten sowohl der mit der Schleimhautbildung weithin zusammenhängenden Epithelknospen, als auch der in der Unterschleimhaut freiliegenden Zellnester folgte, und dafs die einen wie die anderen dort zahlreicher waren, wo die Irritation eine lebhaftere war, der enge Zusammenhang ersichtlich, welcher zwischen der chronischen Irritation der Blasenschleimhaut und Unterschleimhaut und dem Auftreten zuerst der charakteristischen Epithelnester und dann der Cystenhöhlen besteht. Verfasser zieht daraus den Schlufs, dafs man ohne Rücksichtnahme auf die Beziehung, welche beim Menschen die Entwicklung der fraglichen Krankheitsform und die Präexistenz der Brunnschen Nester verbindet, experimentell durch eine Ursache, welche in der Blase dauernd einen chronischen Irritationsprozefs erhält, stets das anatomisch-pathologische Bild der Cystitis cystica in seiner ganzen Integrität reproduzieren kann. *Putzler-Danzig.*

Injektionen der Blase und Urethra, von J. Mac Munn-London. *(Brit. Med. Journ.* 16. Juni 1906.) Verfasser empfiehlt eine Spritze, welche, nach seinen Angaben gemacht, aus einem einfachen Glasrohr besteht, das an beiden Enden einen Hahn resp. einen Ansatz trägt. Der nötige Druck wird durch einen aufzusetzenden Gummiballon erzeugt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein einfacher Apparat zur Blasenspülung, von Hugo Ehrenfest-St. Louis. *(Journ. Americ. Med. Assoc.* 1906. Nr. 16.) Der Verfasser wendet zur Aufnahme der Spülflüssigkeit eine graduierte Spritzflasche mit Gummigebläse nach Art eines Parfümzerstäubers an. Vor dem Katheteransatz ist ein dreiwegiger Hahn eingeschaltet, so dafs die Spülflüssigkeit aus der Blase wieder abfliefsen kann. Der Apparat ermöglicht nach jeder Katheterisierung eine Blasenspülung zur Vermeidung einer Katheter-Cystitis. *Schourp-Danzig.*

Die einfachste, leichteste und beste Methode zur Blasenspülung, von J. D. Southard-Fort Smith. *(Journ. Americ. Med. Assoc.* 14. Juli 1906.) An einem weichen Gummikatheter wird eine Glaspipette befestigt, an diese mittels eines Gummischlauches ein Trichter. Durch Eingiefsen in den hochgehaltenen Trichter läfst sich die Blase füllen und durch Niedrighalten des Trichters wieder entleeren.

Schwarp-Danzig.

Histologische Untersuchungen über die Blasenschleimhaut, von A. Rigal. *(Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 69.) *Fritz Loeb-München.*

Über Perforation der Harnblase bei Ausschabung derselben, von Carl Stern-Düsseldorf. *(Disch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Die Ausschabung der männlichen Harnblase bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung, wie sie Strauss vorschlägt mit seiner langen, schweren, gestielten Kürette, ist bei der weiblichen Harnblase wenigstens durchaus nicht so harmlos, wie das ein von St. dargestellter Fall einer 57jährigen Frau zeigte; hier wurde wegen Papillom der Blase das Kurettement nach Strauss vorgenommen, es trat eine Perforation und zweimal 24 Stunden später der Exitus ein. St. gibt daher folgendes zu bedenken:

Liegt wirklich eine Indikation zur Ausschabung der Blase vor, so würde ich den Eingriff nach Eröffnung der Blase vorzunehmen raten. Hier kann das Auge und der Finger aufklären und gerade an der Stelle, an der die Durchbohrung der Blase am leichtesten möglich ist, am Scheitel, schützt die Eröffnung der Blase von oben (Sectio alta) am besten. Man kann sich die erkrankte Stelle feststellen, sie übersehen und sowohl nach Ausdehnung als auch nach Intensität die zu treffende Maßnahme viel sicherer beurteilen, als beim Arbeiten lediglich nach dem Gefühl. Dazu kommt, daſs die Sectio alta in diesen Fällen nicht allein zur Eröffnung der Blase behufs Vornahme der Ausschabung geschieht, sondern auch zur Ruhigstellung des Organs, ein Moment, auf das bei dieser Frage zweifellos Gewicht gelegt werden muſs. Wenn man bedenkt, daſs Fälle von schwerer Cystitis dolorosa durch die Sectio alta beeinflufst und gebessert werden, und sich den günstigen Einfluſs vergegenwärtigt, den die Eröffnung der Blase ohne Ausschabung der Schleimhaut lediglich durch die Ruhigstellung und Drainage des Organes bei hartnäckigen Cystitiden nach sich zieht, so darf man ruhig annehmen, daſs in vielen der operierten Fälle der Erfolg weniger der Ausschabung als der Sectio alta zuzuschreiben ist. „Nach meiner ungünstigen Erfahrung in dem mitgeteilten Falle halte ich die Ausschabung der Blase ohne Sectio alta für einen Eingriff, der trotz gröfster Sorgfalt Gefahren von unberechenbarer Tragweite in sich birgt." *Arthur Rahn-Berlin.*

Ein Beitrag zur Malakoplakia der Harnblase (Cystitis en plaques), von Robert Güterbock. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1905.) Nach den Untersuchungen des Verfassers scheint die Malakoplakia der Harnblase eine chronische, auf entzündlicher Basis entstandene, multipel in der Schleimhaut lokalisierte Erkrankung darzustellen, bei der es im subepithelialen Bindegewebe und in der Submukosa unter Einwirkung eines bis jetzt noch nicht bekannten Reizes einerseits zu Blutungen und zu deren regressiven Veränderungen, andererseits zur Infiltration mit Rundzellen und Anhäufungen von Wanderzellen, die ausgesprochen phagocytär wirksam sind, kommt. Diese groſsen Wanderzellen würden sich dann weiterhin zu den „groſsen Zellen", die für das histologische Bild charakteristisch sind, umwandeln.

Verfasser läfst die Frage offen, ob alle diese Prozesse gleichzeitig entstehen, oder ob der eine oder der andere als zeitlich den übrigen vorhergehend und so diese bedingend zu betrachten ist. *Fritz Loeb-München.*

Experimente über die Plastik der Harnblase, von Baldassari. *(Rif. med.* Nr. 28. 1906.) Der Verfasser hat an Hunden in der Weise experimentiert, daſs er

rundliche Perforationen von zirka einem Zentimeter machte und dieselbe mittels eines Lappens aus derselben Blase wieder verschlofs, in der Art, dafs der hierzu verwendete Lappen mit dem Blasenkörper an der Basis verbunden blieb behufs Erhaltung der erforderlichen Ernährung des Lappens. Der Erfolg war stets ein sehr guter, die Wunden heilten vorzüglich. Allerdings konnte eine Verklebung des Omentum mit der Narbe nicht vermieden werden, dieselbe hatte aber keine schlimmen Folgen.

C. Müller-Genf.

Über congenitale Divertikelbildung der kindlichen Blase mit konsekutiver Hydronephrose, von Gero Wildt. (Inaug.-Dissert. München. 1906.) Blasendivertikel sind bisher noch nie als Ursache der Hydronephrose beschrieben worden. *Fritz Loeb-München.*

Divertikel der Harnblase; Verlegung des Ausflusses durch die Prostata; Operation, von H. A. Lediard-Carlisle. (*Lancet.* 16. Juni 1906.) Das Divertikel wurde bei der Sectio alta vesicae gefunden, als die Prostata enukleirt wurde. Der Tod erfolgte 48 Stunden später an Pyelonephritis und Abscefs im Becken. Die Wandung der Ausstülpung bestand aus Schleimhaut, einer sehr dünnen Schicht von glatten Muskelfasern und einer dicken Lage von entzündlichem, fibrösem, fettigem Gewebe mit extra vasiertem Blute durchsetzt. Eine operative Behandlung der Erweiterung wäre unmöglich gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Verwendung der Urophore in der urologischen Therapie, von M. Friedländer-Berlin. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 15. März 1906.) Urophore, ein billigerer Ersatz der Anthrophore, bergen in ihrem Innern statt der Metallspirale ein Fadenbündel und zwar in der Weise, dafs das Ganze die Festigkeit eines guten elastischen Bougies besitzt; die Umkleidung besteht aus einer dicken Glycerin-Gelatineschicht, welcher die verschiedenen Medikamente in beliebiger Konzentration beigemischt sind. Die Urophore werden in der Länge von 10, 14—25 cm und gewöhnlich im Umfang von 16—17 Charrière angefertigt. Fr. empfiehlt die Anwendung der Urophore bei chronischer Blennorrhoe nur für besondere Fälle, wo die wirksameren Methoden nicht in Aktion treten können, z. B. bei Patienten, die viel auf Reisen sind oder aus anderen Gründen sich einer regelmäfsigen ärztlichen Kur nicht unterziehen können, besonders aber bei der Reizungs- und der katarrhalischen Urethritis, welche durch mehr minder profuse Absonderung nicht infektiöser Art gekennzeichnet und häufig das Residuum vorhergegangener Blennorrhoe ist. Erstere beobachtete Fr. nicht selten als Folge der prophylaktischen Instillationen. Zur Behandlung der katarrhalischen Urethritis kämen hauptsächlich Urophore mit Acid. tannicum 1—5 % und Alumnol ebenso, zur Behandlung blennorrhoischer Affektionen die antiblennorrhoischen Mittel wie Thallin. sulfur., Ichthyol und Ichthargan, Resorcin, Argonin, Protargol usw. in Betracht. Auch für seltene Affektionen der Harnröhre, wie Tuberkulose, Ulcus durum und Ulcus molle wären die Urophore mit Jodoform, Dermatol und ähnlichen Medikamenten vorteilhaft zu verwenden und endlich auch zur Behandlung der Urethralblennorrhoe der Frau, die nach Verfassers Ansicht viel zu wenig Berücksichtigung zum grofsen Schaden derselben fände. Schliefslich gibt Fr. zur Erwägung, ob nicht ganz kurze Urophore mit einem starken Prozentgehalt von Albargin, Protargol oder ähnlichen Mitteln an der Stelle der prophylaktischen Instillationen zum Schutze der männlichen und auch weiblichen Harnröhre gegen Infektion zu verwenden wären.

Stern-München.

Ein Fall von peri-urethralem Abscefs mit Steinbildung, von G. Bate-Brighton. (*Brit. med. Journ.* 21 Juli 1906.) Ein Konstabler wurde mit einer deutlich fluktuierenden, unterm Penis, dicht am Scrotum gelegenen Schwellung aufgenommen. Man fühlte ein ausgesprochenes Knirschen, wie von Konkrementen, und beim Ein-

schneiden entleerten sich davon 14 Stück nebst jauchigem Eiter. Patient hatte 16 Jahre zuvor einen Abscefs an dieser Stelle gehabt und nach dessen Entleerung bis vor 5 oder 6 Jahren eine Urinfistel. Die Steine bestanden zum gröfsten Teil aus oxalsaurem Kalk. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der traumatischen Rupturen der Urethra, von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 9.) Klinische Vorlesung, aus der nur ein Punkt hervorzuheben ist. R. empfiehlt nämlich im Gegensatz zu anderen Autoren, wenn bei Harnretention infolge einer Ruptur der Urethra die Einführung des Katheters nicht gelingt, die Blase zunächst zu punktieren; nach ihrer Entleerung läfst sich der Katheter zuweilen ohne besondere Schwierigkeit einführen. *Götz-München.*

Eine Serie von Fällen, bei denen Steinansammlungen sich in der Urethra prostatica entwickelten, von C. A. Morton-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 11. August 1906.) Fall I. 35jähriger Maler, hatte seit 15 Jahren Urinbeschwerden, ohne jemals komplette Verhaltung zu erleiden. Der Urin schien fortwährend wegzusickern, was angeblich seit drei Monaten bestanden hatte. Gelegentlich war Patient katheterisiert worden, und er hatte sich selbst einen weichen Nr. 6 Katheter sechs Monate vor der Aufnahme eingeführt. Im Krankenhaus gelang zunächst die Einführung von Sonden ohne grofse Mühe, aber bei einem zweiten Versuch stiefs man auf einen Stein in der tiefen Urethra. Nach Inzision derselben gerade vor dem Anus fand man sie stark nach unten sackartig erweitert, und die Prostata war spurlos verschwunden. In der Tasche waren sieben Steine, von denen der gröfste 12 g wog; sie bestanden ganz aus Phosphaten. Etwa ein Vierteljahr später fand man die alte Tasche leer, aber auf der rechten Seite entdeckte man eine ähnliche, gleichfalls mit Steinen angefüllte, neue. Nach weiteren zwei Jahren kam Patient wieder mit Konkrementen in der Urethralausbuchtung, und dies wiederholte sich noch einige Male. Die beiden anderen Fälle boten ähnliche Erscheinungen, aber in nicht so intensivem Grade dar. Über die Entstehung dieser Steine ist zu bemerken, dafs die Phosphatniederschläge noch im Urethraldiverticulum entstehen konnten. Beim dritten Fall fanden sich Oxalate, die also, jedenfalls von der Niere herstammend, sich erst in der Tasche verfangen haben müssen. In der Prostata waren die Steine jedenfalls nicht entstanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Sphincter vesicae und den Mechanismus des Blasenschlusses, von C. Leedham-Green-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 11. Aug. 1906.) Um über die Formveränderungen der männlichen Blase im Stadium der Anfüllung weitere Aufschlüsse zu erhalten, hat Verfasser bei mehreren Männern und Jünglingen Röntgenbilder aufgenommen, nachdem er die Blase mit einer Lösung von Silberalbuminat oder mit Bismut in Suspension angefüllt hatte. Er fand ausnahmslos, dafs das gespannte Organ einen Oval bildete. Von der von Finger beschriebenen birnförmigen Gestalt war niemals die Rede. Er schliefst hieraus, dafs der Sphincter vesicae (der Sphincter prostaticus internus) der wirkliche Schliefsmuskel der Blase ist, und dafs die Urinentleerung dadurch zustande kommt, dafs bei eintretender Reizung der Detrusormuskeln, bei Anfüllung der Blase, der Sphincter einem willkürlich ausgelösten Nervenimpuls folgend, sich erschlafft und den Weg freigibt. Der Akkomodationsmuskel am Auge ist auch ein glatter Muskel und gehorcht doch ausnahmslos den Willensimpulsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Blasenhyperästhesie, von Charles O. Foote-The Osborn, Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* August 1906.) Dieser Zustand — über die Norm erhöhte Sensibilität der Blase — ist auch unter den Bezeichnungen „Irritable bladder" Blasen-Neuralgie, Neuralgie der Urethra prostatica, Cystitis ohne Katarrh bekannt. Die Ursachen desselben sind bei Männern gewöhnlich blennorrhoische Urethritis posterior

oder Prostatitis, bei Frauen eine Reflexerscheinung infolge irgendeiner Erkrankung des Uterus oder deren Adnexe, in den meisten von F. behandelten Fällen handelte es sich aber um eine reine Neurose. Das Hauptsymptom des Leidens ist der häufige Harndrang bei Tag, ohne daſs bei Nacht oder im Schlafe derselbe vorhanden ist. Die Behandlung erklärt Verfasser meist für relativ einfach, wenn auch in einigen Fällen auſserordentlich schwierig; die Einführung der kalten Stahlsonde Nr. 26—28 Fr. (= Charr.? Ref.) jeden zweiten Tag oder in manchen Fällen jeden Tag die erste Woche hindurch und dann zweimal in der Woche genügen oft zur Heilung. In hartnäckigen Fällen kann es notwendig werden, mittels der KEYES-ULTZMANN-Spritze 5 % Thallin. sulfur., 4 % Cocain oder einer ½—1 %igen Arg. nitr.-Lösung in den prostatischen Teil der Harnröhre zu injizieren; bei Frauen erzielt man den gröſsten Erfolg durch Einführung kurzer Urethral-Dilatatoren nach Cocainisierung des Blasenhalses mit 4 %iger Cocainlösung. Bei Rückfällen, welche bei nervösen Frauen häufig sind, dürfte gewaltsame Dehnung des Blasenhalses unter Anästhesie notwendig werden. F. erlebte selten Miſserfolg unter dieser therapeutischen Richtschnur.

Stern-München.

Die Geschwülste der Harnblase, von M. FISCHER-Zehlendorf-Berlin. (*Zeitschrift f. ärztl. Fortbild.* 1906. Nr. 12.) Ausführliche Besprechung der Diagnostik, des klinischen Verlaufes und Behandlung der Harnblasentumore.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zwei Fälle von Blasentumor, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 20.) Gegenüberstellung eines Falles von Blasencarcinom bei einer 24jährigen Frau mit minimalen, nur mikroskopisch nachweisbaren Hämaturien und eines Falles von Papillom der Blase bei einem 64jährigen Manne mit heftigen Blutungen.

Götz-München.

Über die Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentumoren, von TREPLIN-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) Im Gegensatz zu den in letzter Zeit mehrfach publizierten Statistiken über die Erfolge der Radikaloperation der Blasentumoren, die meist nicht sehr günstige Resultate berichten, bringt die Zusammenstellung der von KÜMMEL operierten Fälle ungewöhnlich gute Resultate. Die benignen Tumoren wurden alle geheilt bis auf einen Herztod infolge Altersschwäche. Die Dauer der Heilung durch 19, 18, 15, 9, 3 Jahre kontrolliert; nur zwei Rezidive. Von 30 malignen Fällen wurden 20 % geheilt, waren zwei Patienten 16, einer 15, einer 8, und einer 6½ Jahre rezidivfrei. KÜMMEL operiert die Blasentumoren per Sectionem altam mit partieller Resektion der Blasenwand.

Carl Schramm-Dortmund.

Ein Fall von Fremdkörper in der Blase; Genesung, von M. B. RAY-Harrogate. (*Brit. med. Journ.* 23. Juni 1906.) Eine verheiratete 23jährige Frau, II para, im fünften Monat gravida, kam mit Blasensymptomen zur Aufnahme. Man konstatierte einen Blasenstein, und nach dem hohen Blasenschnitt fand man denselben in einem Gewicht von einigen 30 Gramm um eine Haarnadel angelagert. Wie lange die Haarnadel in der Blase sich befunden hatte, konnte nicht eruiert werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Behandlung der Cystitis, von HOCHHEIM-Halle a. S. (*Die ärztl. Praxis.* 1906. Nr. 12.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Cystitis die pulverisierte Wurzel des Kawapfeffers (Piper methysticum), das wahrscheinlich die Ursubstanz des Gonosans bildet. Die Wirkung ist der des Gonosans ähnlich, das Piper methysticum hat aber vor Gonosan den Vorzug der Billigkeit.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Perforation bei Ausschabung der Harnblase, von A. Strauss-Barmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 25.) Artikel enthält eine Entgegnung auf eine Publikation Sterns (*Dtsch. med. Wochenschr.*, Nr. 15). Die Perforation wird darauf zurückgeführt, dafs die Ausschabung bei nicht genügend tiefer Narkose und am ungeeigneten Objekt (papillomatöse Blase) vorgenommen wurde.

Carl Schramm-Dortmund.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Zur Behandlung der Impotenz beim Manne, von Popper-Igls. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 25.) Die funktionelle Form der Impotenz kann eine absolute sein, wie bei Diabetes, Tabes, Nierenkrankheiten, oder nur in herabgesetzter Potenz bestehen (nervöse Impotenz). Bei der Behandlung dieser Art spricht natürlich der warme Zuspruch, die Hebung der Mutlosigkeit und des verlorenen Vertrauens eine wichtige Rolle, auch ist für kräftige Ernährung zu sorgen und auch für hydro- und elektrotherapeutische Behandlung nebst Massage. Eine Lokaltherapie kommt bei Entzündungszuständen an den Genitalien in Frage. Von sonstigen örtlichen Manipulationen können höchstens die Kühlsonde, Sitzbäder, Sitzdouchen in Betracht kommen. Neuerdings wird das Muiracithin empfohlen. Man gibt davon drei bis sechs Pillen täglich. Bei sechs Fällen von sexueller Neurasthenie sah Verfasser Erfolg von diesem Mittel.

Bernhard Schulze-Kiel.

Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe, von C. Posner-Berlin. (Aus *Krankheiten und Ehe*, herausgegeben von Senator und Kaminer.) Verfasser bespricht die Beziehungen der Erkrankungen der Harnwege, physischer und psychischer Impotenz zur Ehe. Folgende Kapitel werden nacheinander in klarer, präziser Weise erörtert:

1. Erkrankungen der Hoden und Nebenhoden. Störungen der Samenbereitung. Besondere Aufmerksamkeit wird hier vom Verfasser der Impotentia generandi, der Azoospermie geschenkt, die am häufigsten als Folgezustand der bestandenen beiderseitigen Epididymitis erscheint. Die Prognose der vollständigen, mikroskopisch festgestellten Azoospermie ist im allgemeinen eine sehr triste. Innere Mittel sind ganz unwirksam. Mehr Vertrauen möchte man den physikalischen Heilfaktoren (Massage, Vibrationsmassage, Schwitzbäder u. dergl.) entgegenbringen. Durch chirurgische Eingriffe einen Erfolg zu erzielen, scheint theoretisch ganz gut möglich. Da das Hindernis gewöhnlich im Nebenhoden selber liegt, mufs es sich dabei um Ausschaltung der veränderten Teile und Herstellung einer neuen direkten Anastomose zwischen Vas deferens und Hoden handeln. Verfasser hat schon in einer ziemlich grofsen Zahl der Fälle eine solche Vasoorchidostomie gemacht, leider bis jetzt ohne Erfolg (vielleicht zum Teil wegen Mängel der Technik, zum Teil wegen sehr alter Fälle). Die durch syphilitische Hodengeschwülste bedingte Sterilität soll bei Anwendung sehr energischer antisyphilitischer Kuren immer noch eine leidliche Prognose geben, Verfasser hat selbst auch hier keine Erfolge gesehen. Die Anwesenheit manifester Tuberkulose der Geschlechtsorgane ist als Gegengrund gegen die Heiratserlaubnis aufzufassen.

2. Erkrankungen der Samenblasen. Störungen der Samenentleerung. Die Ursache der meisten Fälle von Spermatorrhoe und Spermatocystitis bildet die Blennorrhoe. Neurasthenie spielt hier meist die Rolle der Folge und nicht der Ursache. Die Fälle sind im allgemeinen nicht zu tragisch zu nehmen; sogar die geschlechtliche Abstinenz ist keineswegs dringend geboten. Bei Ehekandidaten ist ein Aufschub geraten, bis alle entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind, dann aber ist das Verbot des Coitus nicht mehr gerechtfertigt.

Gegen die Ehe beziehungsweise den ehelichen Verkehr geben nur die hochgradigsten Fälle Kontraindikation. — In den Fällen von Pollutiones nimiae und Ejaculatio praecox spielt das nervös-psychische Moment die wesentlichste Rolle; deshalb hat hier eine lokale Behandlung keinen Sinn; die kann mehr schaden als nutzen.

3. Erkrankungen der Prostata. Störungen der Samenmischung. Bei Beurteilung der Prostataentzündung ist der mikroskopischen Untersuchung des prostatischen Sekrets die gröfste Aufmerksamkeit zu schenken. Verfasser hat keinen Zweifel, dafs weitaus die gröfste Mehrzahl aller Fälle von matrimonialer Infektion auf Erkrankungen der Prostata zurückzuführen ist. Nicht nur die Gonokokken, auch andere Bakterien, in erster Linie der Bacillus coli, sind hier von Bedeutung. — Bei einfacher oberflächlicher katarrhalischer Form der Prostatitis chronica — wenn der mikroskopische Befund quoad Vorhandensein der Bakterien negativ ausfällt — ist ein Ehekonsens ohne weiteres zu geben; vorsichtiger mufs man bei der eigentlichen parenchymatösen Prostatitis chronica sein, und zwar hauptsächlich wegen der ganz ausgesprochenen Neigung zu Rezidiven.

4. Erkrankungen der Harnröhre. Störungen des Samenabflusses. Die Harnröhrenstrikturen haben für die Ehe eine ungeheure Wichtigkeit. Schon aus Gründen der geschlechtlichen Leistungsfähigkeit — selbst wenn gar keine anderen vorlägen — soll man sich bestreben, das Narbengewebe frühzeitig zum Schwinden zu bringen. Unter Umständen ist man gerade in Hinsicht auf die bevorstehende Verehelichung zu einem intensiveren Vorgehen gezwungen.

5. Erkrankungen des Penis. Störungen der Erektion. Die Hypo- und in noch höherem Grade die Epispadie pflegen die geschlechtliche Potenz zu vermindern. Auch die Befruchtung wird oft durch diese Veränderungen erschwert, ja unmöglich gemacht. Durch operativen Eingriff gelingt es in der Regel, die Urethralrinne zum Verschlufs zu bringen und die Harnröhrenöffnung an die Spitze des Penis zu verlegen, aber der Einfluſs auf die Potenz darf nicht überschätzt werden. — Die nervöse Impotentia coeundi ist von der psychischen zu unterscheiden; der psychisch Impotente ist für jede normale Reizung durch das andere Geschlecht unempfänglich, der nervös Impotente hat an sich normalen Geschlechtstrieb, vermag ihn aber entweder nur unter bestimmten Bedingungen oder überhaupt nicht in die Tat umzusetzen (relative und absolute nervöse Impotenz). Bei Behandlung der sexuellen Neurasthenie ist die Allgemeinbehandlung stets, die lokale nicht immer geboten. Über die sog. Aphrodisiaca spricht sich Verfasser sehr skeptisch aus. Die örtliche Therapie ist nur in denjenigen Fällen angezeigt, in welchen wir Grund zu der Annahme haben, dafs die Neurasthenie sich wirklich von den Sexualorganen her entwickelt; auch hier sind äufserst schonende Methoden anzuwenden.

6. Erkrankungen der Harnblase haben keine wesentlichen Beziehungen zur Ehe, und Verfasser beschränkt sich diesbezüglich auf allgemeine Bemerkungen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über das Verhalten des Menschen bei paragenitaler Zufuhr artgleichen Spermas, von W. Gessner-Olvenstedt. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 28.) Der Verfasser suchte die Einwirkungen des menschlichen Spermas auf den menschlichen Organismus festzustellen, indem er denselben auf paragenitalem Wege z. B. subcutan zuführte. Dieserhalb injizierte er sich selbst und anderen an der Aufsenseite des linken Vorderarms 0,5 ccm Sperma eines kräftigen, gesunden Mannes. Danach traten Abgeschlagenheit, Neigung zur Schweifsbildung, brennender Schmerz, erythemartige Rötung und Ödem des Armes auf. Die allmählich abnehmende Infiltration der Haut blieb noch zwei Wochen lang auf Druck schmerzhaft. Diesen Prozefs hält G. für

eine Überempfindlichkeitsreaktion, d. h. das menschliche Sperma wirkt bei paragenitaler Zufuhr auf den Menschen genau so, wie ein artfremder Eiweifskörper, z. B. Blutserum, bei wiederholter parenteraler Zufuhr wirken würde. G. möchte nicht die Möglichkeit von der Hand weisen, dafs ebenso, wie das absichtlich injizierte Sperma im subcutanen Gewebe pathologische Veränderungen hervorruft, welche den Körper erst nach wochenlangem Kampfe zur Norm zurückzuführen vermag, auch das zufällig und unbemerkt in Wunden oder Epitheldefekte gelangende artgleiche Sperma zu pathologischen Bildungen Veranlassung geben kann, wenn noch eine weitere Bedingung erfüllt ist, dafs nämlich jene als Schutzwirkung des Körpers aufzufassende Überempfindlichkeitsreaktion nicht genügend stark in Tätigkeit tritt und die eindringenden Spermatozoen vernichtet. Die ganz auffallende Häufigkeit von Geschwulstbildungen an den menschlichen Geschlechtsorganen und in ihrer Umgebung würde einer solchen Annahme entgegenkommen. *Schourp-Dansig.*

Ein neues Instrument zur Behandlung der Hydrocele, von William J. Belfield-Chicago. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 7. April 1906.) Der Verfasser gibt zur Injektion von Karbolsäure nach der Punktion der Hydrocele eine Kanüle an, welche in der Mitte ein seitliches Fenster zeigt und deren unteres Ende durch einen Verschlufs zu schliefsen ist. Diese Kanüle wird durch das Skrotum von oben nach unten geschoben. Nach Abflufs der Hydrocelenflüssigkeit wird durch die Kanüle warme Kochsalzlösung injiziert, welche nach Entfernung des Verschlusses abfliefst und den Rest der Hydrocelenflüssigkeit hinausspült, bis die Spülflüssigkeit eiweifsfrei ist. Nach Anlegung des Verschlusses erfolgt sodann die Karbolsäureinjektion, welche nun sicher wirkt, da sich auf der Serosa kein schützendes Eiweifsgerinnsel aus zurückgebliebener Hydrocelenflüssigkeit bilden kann. In 17 derartig behandelten Fällen sah der Verfasser keinen Mifserfolg. *Schourp-Dansig.*

Die innere Sekretion des Hodens in die Höhle desselben, von Rene de Gaulejac. (*Presse méd.* 1906. Nr. 53.) Verfasser beobachtete mehrere Fälle von Ectopia testicularis. Es zeigen sich dabei deutliche Zeichen von Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens. Es empfiehlt sich stets, vor Eintritt der Pubertät eine vorhandene Hochlagerung des Hodens zu beseitigen und den Hoden an seine richtige Stelle zu bringen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Nekrose des Hodens, von R. R. Law-Sidcup. (*Brit. med. Journ.* 26. Mai 1906.) Ein kräftiger Bursche von 17 Jahren bemerkte eines Tages eine plötzliche Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hodens. Am vierten Tage der Krankheit wurde inzidiert und frisches Blut in der Tunica vaginalis gefunden. Am neunten wurde der nekrotische Hoden entfernt. Die Untersuchung im Laboratorium liefs Torsion infolge einer ungenügenden Entwicklung des Mesorchiums als die wahrscheinlichste Erklärung erscheinen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein experimentell erzeugtes Hodenembryon, von N. N. Petrow-St. Petersburg. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. usw.* 1906. Nr. 6.) P. führte an trächtigen Meerschweinchenweibchen die Porrosche Operation aus, zerschnitt die ganz jungen Embryonen mit der Schere, zerrieb sie im Mörser mit physiologischer Kochsalzlösung und spritzte die Emulsion mit einer gewöhnlichen Spritze in den Hoden von erwachsenen Tieren ein. In einem Falle, wo eine Embryonalgewebeaufschwemmung von einem ganzen, etwas über 1 cm langen Embryo vorgenommen wurde, entstand nach fünf bis sechs Tagen ein deutlicher, harter Knoten im Hoden, der in der vierten Woche die Gröfse des Hodens einnahm; neben dem letzteren bildete sich ein anderer, kleinerer Knoten, der nach derselben Zeit erbsengrofs wurde. Die Kastration und Exstirpation der Tumoren am 37. Tage ergab einen $1^1/_2$ ccm grofsen, kugelförmigen Tumor, der fast den ganzen Hoden einnahm, und einen kleineren, $^1/_2$ ccm grofsen in

der Tunica dartos. Der gröfsere Tumor ist auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Embryon zu bezeichnen, da er deutlich ausgebildete Abkömmlinge aller drei Keimblätter aufwies. Es fand sich in den Schnitten ein ca. 10 qmm grofses Feld von Zentralnervensystemgewebe mit runden und gangliösen Nervenzellen; an einer Stelle war dieses Gebilde von einer langgezogenen, mit Cylinderzellenepithel ausgekleideten Cyste begleitet, welche als Ependym zu deuten ist. Als weitere ektodermale Abkömmlinge waren verschiedenartige Cysten mit mehrschichtigem Epithel, Haaren und Talgdrüsen zu finden. Das mittlere Keimblatt brachte Knochen, Knorpel und quergestreiftes Muskelgewebe zur Entwicklung; an vielen Knorpelstückchen war deutliche Verknöcherung bemerkbar; quergestreifte Muskelfasern erscheinen immer als planmäfsige Ansätze am Knochen. Entodermalen Ursprungs waren endlich regelmäfsig an allen Schnitten vorkommende Cysten, hier und da wie acinöse Drüsen aussehend und mit hohem Cylinderepithel ausgekleidet. Im kleineren Tumor, der offenbar durch zufälliges Eindringen von Embryonalgewebe beim Einstich oder Herausziehen der Nadel entstanden war, waren Cysten mit Haut und Haaren, auch Fett, Knorpel und Knochengewebe zu finden. Besonders auffallend ist dabei ein Knochenstück, das ungefähr 3 mm lang und 1 mm breit ist, ein knorpeliges Köpfchen trägt und einer menschlichen Fingerphalange ähnlich sieht. Nirgends am Gewebe der Tumoren waren regressive Erscheinungen festzustellen. *Putzler-Dansig.*

Chorionepitheliomatöse Proliferationen in Teratomen, speziell in jenen der Hoden, drei neue Fälle, von Robert T. Frank-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* 27. Jan. und 3. Febr. 1906.) Verfasser fügt den 19 aus der Literatur gesammelten Fällen von Chorionepitheliom beim Manne, einer Art Neubildung, welche früher als Sarkom betrachtet und erst in den letzten Jahren als eine eigene maligne, auf embryologischer Veranlagung beruhende Geschwulstart beschrieben worden ist, drei solche eigener Beobachtung hinzu. In zweien der Fälle handelte es sich um ein Chorionepitheliom des Hodens, einen 40jährigen und einen 16jährigen betreffend, im dritten bei einem 21jährigen Mann um einen derartigen Mediastinaltumor. In den beiden ersten Fällen war eine rasch wachsende Hodengeschwulst vorhanden, womit zunehmende Körperschwäche und Gewichtsabnahme verbunden war. Der Hoden wurde exstirpiert, das Untersuchungsmaterial in Formalin oder ganz schwachen Alkohol gelegt, die Schnitte mit der Celloidinmethode hergestellt und neben der gewöhnlichen Hämatoxylin-Eosinfärbung Pikrinsäure-Fuchsin und Eisen-Hämatoxylin angewandt; Glykogen konnte nie nachgewiesen werden. Im allgemeinen war der Tumor aus epithelialer Neubildung, welche Neigung zu Hämorrhagie und Nekrose zeigt, zusammengesetzt; die einzelnen Elemente bestehen aus den Langhansschen sehr ähnlichen Zellen, aus Syncytium, wandernden Chorionzellen und Übergangsformen, an manchen Stellen wie bei dem typischen Fall von Marchand gruppiert, in der Hauptsache herrschte aber der alveoläre Typus vor; manche Gesichtsfelder lassen kaum eine Unterscheidung vom Chorionepitheliom, wie es zuerst beim Weibe während der Schwangerschaft gefunden wurde, zu. In dem zweiten Falle war der teratomatöse Charakter der Geschwulst unzweifelhaft: es wurden rudimentäre Haut (Ektoderm) an einer Stelle, dann zahlreiche Cysten (Entoderm) und als Repräsentant des Mesoderms fibröses, fibrosarkomatöses und myxomatöses Gewebe gefunden. Alle näheren Einzelheiten dieser Geschwulstgebilde sind nur vermittels der, der Arbeit beigegebenen Abbildungen verständlich und es seien hier nur die Hauptcharaktere derselben angegeben. Von den 22 bekannten Fällen betraf der jüngste einen 16, der älteste einen 43 Jahre alten Mann, aber die grofse Mehrzahl der Fälle fiel in das Alter von 18—25 Jahren. Da die lokalen Symptome (am Hoden) oft fehlten oder meist nur in Vergröfserung eines Hodens mit geringem Schmerz bestanden, so stellten sich die Patienten oft

wegen allgemeiner Beschwerden im Unterleib (infolge von Metastasen) ein und wenn alle Aussicht auf Radikalbehandlung geschwunden war. Die annähernde Dauer des Leidens ist meist schwer zu bestimmen, die längste Dauer wies der erste Fall Franks auf (zwei Jahre), wahrscheinlich ist der gewöhnliche Verlauf weniger als zwölf Monate; Trauma war mehrmals von plötzlicher Gröfsenzunahme und Metastasen gefolgt. Die Symptome waren aufserordentlich wechselnd, und mit Ausnahme der wenigen Fälle, wo der Tumor des Hodens die Gröfse eines Kindskopfes erreichte und die Beschwerden offenbarte, hauptsächlich auf die Lungen und den Leib lokalisiert. Klinisch zeigt also das Chorionepitheliom des Hodens keine spezielle Erscheinung, verläuft wie andere maligne Neubildungen, rasch bis zum tödlichen Ende und hat sehr bald Metastasen in benachbarten und entfernten Organen. Unter den Gewebearten, welche in diesen Tumoren gefunden werden, haben oft die mit ektodermaler Struktur eine führende Rolle; Neuroepithelium, Haut und Chorionepithelium wurden in direktem Zusammenhang, umgeben von den verschiedensten Gewebsarten, gefunden. Dem Chorionektoderm in Teratomen mufs man daher eine ganz spezifische Bedeutung zusprechen, da es in den meisten Fällen alle charakteristischen Eigenschaften des Schwangerschaftstrophoblast zeigt; diese sind nicht nur morphologischer (die drei Zelltypen: Langhanssche, Chorion-Wandzellen, Syncytium), sondern auch physiologischer (Gefäfsverödung, Fibrinbildung) Natur. Wie beim Chorionepitheliom, welches direkt mit Schwangerschaft zusammenhängt, atypische Formen vorkommen, so auch bei diesem teratoiden, so dafs deren Diagnose schwierig und vielleicht in manchen Fällen unmöglich ist. Die wahre Natur dieser atypischen Formen kann erkannt werden, wenn man teratomatöse Bildungen und typische Teile von Chorionepitheliom in direktem Zusammenhang mit weniger charakteristischen Geweben oder mit stufenweisen Übergangsformen findet. Der aufserordentlich fleifsigen Arbeit ist ein Literaturverzeichnis über die bezüglichen (95) früheren Publikationen beigegeben. *Stern-München.*

Über die Hämatocele des Nebenhodens, von F. T. M. Bodiou. (*Thèse de Bordeaux.* 1903/04. Nr. 45.) *Fritz Loeb-München.*

Vorläufiger Bericht über Epididymotomie zur Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von L. Bazet - San Francisco. (*Calif. State Journ. med.* April 1906.) Bei 65 Patienten hat Verfasser im Verlauf der letzten acht Jahre die blennorrhoische Epididymitis durch Inzision und Drainage behandelt. Nach Durchtrennung der Skrotalhaut durch einen zollangen Schnitt in der Gegend des Ligamentum scrotalis (sic!) und Freilegung der Cauda des Nebenhodens werden die Eiterherde angestochen, soweit sie zu erreichen sind, und darauf die Wände der Epididymis mit der Haut vereinigt. Die Wunde wird mit Gaze, die in 10%iger Ichthyollösung getränkt ist, ausgestopft und das Ganze gut unterstützt. Nach vier bis acht Tagen kann der Patient wieder aufstehen. — Verfasser glaubt, dafs es sich empfehlen dürfte, in gröfserer Ausdehnung diese Fälle operativ zu behandeln. Andere Autoren haben in ähnlicher Weise verfahren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die unmittelbaren und späteren Resultate der hohen Operation bei Varicocele, von E. M. Corner-London und C. A. R. Nitch-London. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1906.) Verfasser konnten bei 100 so operierten Patienten den weiteren Verlauf verfolgen, während bei mehr als 500 anderen die spätere Entwicklung nicht mehr festzustellen war. In vielen Fällen war die Operation unternommen worden, nur um die Betreffenden für den Militärdienst oder dergl. aufnahmefähig zu machen und nicht etwa wegen irgendwelchen, durch die Abnormität bedingten Beschwerden. Demgemäfs gaben 26 der Patienten an, keinerlei Änderung nach dem Eingriff zu verspüren, während vier eine direkte Verschlechterung erlitten zu haben behaupteten; dagegen waren 70 mit dem Erfolg zufrieden. Bei 90% konstatierte man später eine Ver-

härtung des Hodens und bei 55 % war derselbe nachher vergrößert. Hydrocele stellte sich bei 23 ein. Weitere Details mögen im Original nachgesehen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Frühformen der Samenblasentuberkulose, von M. Simmonds-Hamburg-St. Georg. (*Virchows Archiv.* 1906. Bd. 183.) Die Frühformen der Tuberkulose dieses Abschnittes des Genitaltraktus sind bisher wenig berücksichtigt worden, und speziell eine der allerersten Veränderungen, die der Tuberkuloseerreger hier setzt, der bazilläre Katarrh der Schleimhaut, ist noch nicht beschrieben worden. Bereits im Jahre 1896 hat S. auf diese Frühformen der Samenblasentuberkulose kurz hingewiesen. Die Veränderungen, welche in der makroskopisch noch intakt erscheinenden Schleimhaut bei diesem bazillären Katarrh sich abspielen, sind sehr wechselnd. S. verfolgte sie in 15 Autopsien. Der Gang des Prozesses ist der, daß unter Einwirkung der Tuberkelbazillen zuerst ein exsudativer Katarrh sich ausbildet und daß der anfangs oberflächliche Prozeß erst später die tieferen Schichten der Mucosa in Mitleidenschaft zieht und sie endlich völlig zerstört. Das Wesentliche dieser Auffassung ist also, daß die Erkrankung vom Inhalt der Samenblasen ihren Ausgang nimmt, nicht von der Wandung derselben. Wie soll man sich nun auf Grund der angegebenen Befunde den Weg der Infektion denken? Die Entstehung und Weiterentwicklung der Samenblasentuberkulose faßt S. folgendermaßen zusammen: Die in den gesunden Hoden tuberkulöser Individuen ausgeschiedenen oder aus tuberkulösen Herden des Nebenhodens stammenden Bazillen gelangen mit dem Sekretstrom in die Samenblasen, vermehren sich hier im zeitweise stagnierenden Inhalt, regen zunächst einen eitrigen Katarrh an und führen weiterhin zu tiefergreifenden Veränderungen der Schleimhaut und zu käsiger Zerstörung des Organs. *Arthur Rahn-Berlin.*

Zur Klinik und Ätiologie der Deferentitis pelvica, von G. Nobl - Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 10 und 11.) N. bekämpft in diesem Artikel die Anschauung, daß die Nebenhodenentzündung durch Metastase auf dem Wege der Lymphbahnen zustande komme; diese Rolle spielen nur die dorsalen Sammelbahnen des Gliedes bei der Entstehung der blennorrhoischen Lymphdrüsenentzündung, indem diese extraparenchymatös verlaufenden, in ihrer Wandung wohl differenzierten Lymphgefäße nicht nur die Fortleitung der Krankheitserreger in das regionäre Drüsengebiet besorgen, sondern oft in der spezifischen Form der proliferierenden und exsudativen Endolymphangitis blennorrhoica an der Krankheit beteiligt sind. Als einzige Gewebsbahn, in deren Kontinuität die blennorrhoische Infektion von der Pars prostatica auf den Nebenhoden übergreift, ist der Schleimhautweg des Samenleiters anzusehen. Dafür spricht der oft schon frühzeitig nachweisbare Übergang des Prozesses auf die Adnexe; abgesehen von den prämonitorischen, ausstrahlenden Sensationen und intensiveren Schmerzen der Leistengegend, welche oft mehrere Tage dem Auftreten der Komplikationen vorangehen, läßt sich häufig — nach Verfasser in 80 % der Epididymitiden — palpatorisch eine beträchtliche Verdickung des druckempfindlichen Vas und seiner Hüllen nachweisen, ehe noch die reaktiven Phänomene an der Nebenhodenkauda zum Ausdruck gelangen. Aber auch ohne nachweisbare Läsion des Samenleiters muß man annehmen, daß sich am Schleimhautbelage des Vas deferens intensive Entzündungserscheinungen spezifischer Natur abspielen können, ohne daß die mächtige Muskelschicht des Ganges von der infizierten Tunica propria aus in Mitleidenschaft gezogen wurde oder auf dem Wege der spärlichen, vaskulären Bahnen ein Übergreifen des Prozesses auf die an muskulären Momenten reichen adventitionellen Hüllen zustande käme. Unter Umständen kann aber auch die Fortleitung des infektiösen Sekretes im Samenleiter so rapid vor sich gehen, daß bei dem kurzdauernden Kontakt die Auskleidung des Ganges völlig verschont bleibt oder die entzündliche Auflockerung nur

in einzelnen Bezirken seſshaft wird, eine Annahme, die durch die neueren experimentellen Untersuchungen über die antistatischen Bewegungen des Vas deferens an Hintergrund gewinnt. Der Annahme einer metastatischen Abstammung der Nebenhodenentzündung und der daraus abstammenden These, daſs die Erkrankung des Samenstranges von dem ergriffenen Nebenhoden aus ihren Ursprung nehme, steht ferner die nicht geringe Anzahl der Fälle entgegen, in welchen die blennorrhoische Entzündung mit Verschonung des Nebenhodens auf den Samenleiter allein beschränkt bleibt. Ferner hat N. durch ausgiebige Untersuchung der topographischen und Konsistenzverhältnisse der Ampulle des Vas deferens festgestellt, daſs die umschriebene, spezifische Erkrankung dieses Harnleiterabschnittes in auffallender Häufigkeit den komplikatorischen Läsionen der Prostata und Samenbläschen beizutreten pflegt, ohne daſs sich in den klinischen Umrissen des Krankheitsbildes irgendwelche hinweisenden Symptome bemerkbar machten. Bei exzessiver Entwicklung präsentiert sich diese meist einseitig auftretende Deferentitis pelvica als fingerdicker, von derben, höckerigen Ausbuchtungen und muldenförmigen Anziehungen durchzogener, äuſserst druckempfindlicher, harter Strang, der sich von der Basis der Prostata aus bald in mehr aufstrebender, bald in seitlicher Abknickung gegen die Beckengrenzen hin verfolgen läſst und vielfache Verwachsungen mit dem umgrenzenden Zellgewebe aufweist. Diese in engen Grenzen sich bewegende Volumszunahme des divertikelreichen Strangsegments pflegt gegen den Leistenkanal zu abzunehmen, um im Bereiche des intrakanalikulären Abschnittes der Norm zu weichen. Bei der anatomischen Lage des Ausführungsganges und seiner Beziehung zum Ductus excretorius der Samenblase ist die objektiv nachweisbare Beteiligung des Beckenanteils des Samenleiters an dem spezifischen Entzündungsprozeſs leicht erklärlich, sobald die seropurulenten Veränderungen vom Ductus ejaculatorius aus auf die Samenblasen übergreifen. Charakteristische Merkmale der die überwiegende Mehrzahl von Vesikulitiden begleitenden Deferentitis sind schwer anzufügen, da sich der isolierten Gewinnung des Ampullensekrets die gröſsten Schwierigkeiten entgegenstellen. Die völlige Unabhängigkeit der partiellen Strangläsion von dem Zustande des Nebenhodens wird also durch die groſse Zahl der Fälle bewiesen, in welchen die auf dem Wege der Flächenausbreitung zustande gekommene Alteration auf den Beckenabschnitt des Kanals beschränkt bleibt, während Nebenhoden und der aufsteigende Samenleiterschenkel völlig normal bleiben. Daſs es sich bei dieser Form um eine spezifisch blennorrhoische Veränderung handelt, beweist N. durch Mitteilung einer Krankengeschichte, in welcher auſser dem bakteriologischen Nachweis von typischen Gonokokken ein bisher ausständiges Beweismoment erbracht wird, indem die Veränderung bei mangelndem Nebenhoden am resezierten Stumpfe des Samenstranges in Erscheinung trat. *Putzler-Danzig.*

Eine neue Methode von Anastomose des Vas deferens, von G. Frank-Lydston-Chikago. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 21. Juli 1906.) Der Verfasser weist hin auf den groſsen Wert der Vasectomie bei gewissen Formen der chronischen Prostatitis und Samenbläschenerkrankungen, bei sexueller Neurasthenie, rezidivierender und tuberkulöser Epididymitis und Orchitis. Er vereinigt nach der Resektion die getrennten Teile des Vas deferens und stellt dadurch die Potentia generandi auf der betroffenen Seite wieder her, falls nicht andere Gründe dies verbieten. Drei dem Texte beigegebene Figuren erläutern die Ausführung der Operation.

Schourp-Danzig.

Verkalkung des Vas deferens und der Samenbläschen, von S. George-Pittsburg. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 14. Juli 1906.) Zwei Sektionsbefunde. Der eine Fall entspricht den von Chiari — *Zeitschr. f. Heilk. Abt. f. path. Anatomie* 1903 — mitgeteilten Fällen, bei denen es sich um eine reine retrogressive Meta-

morphose der Tunica muscularis ohne pathologische Veränderungen in der Schleimhaut und ohne entzündlichen Prozefs der Ampulle des Vas deferens und der Samenbläschen handelt. In dem anderen Falle handelt es sich um Verkalkung mit chronischer Entzündung, vermutlich als Wirkung blennorrhoischer Deferentitis.

Vom klinischen Standpunkt ist die Verkalkung des Vas deferens und der Samenbläschen ohne besondere Bedeutung. Doch können bei rektaler Untersuchung die verkalkten Massen als Steine oder Neubildungen der Blase fälschlich diagnostiziert werden. *Schourp-Danzig.*

Über Retentio testis, von Baron von Kuester-Charlottenburg. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortb.* 1906. Nr. 10.) An der Hand zweier Fälle bespricht Verfasser die Ätiologie, Diagnostik und Behandlung der Retentio testis. Die Anomalie ist keineswegs so sehr selten (1:500 Rekruten) und gibt manchmal Anlafs zu bedeutenden Störungen. Die wichtigsten von diesen Störungen sind folgende: Kombination mit Hernien bezw. Anlage zu solchen, sowie zu Varicocele; Neigung des retinierten Hodens zu Entzündungen und maligner Degeneration; Atrophie des Hodens mit konsekutiver Impotenz; Druckempfindungen am retinierten Hoden und dadurch resultierende Haltung und Ängstlichkeit bei Bewegungen; Gemütsdepressionen.

Die Retentio testis bedarf nach Verfasser einer operativen Behandlung. Das geeignetste Alter dazu sei das zwischen acht und zwölf Jahren. — Absehen von der Operation möchte Verfasser nur bei ganz geringem Hochstand des Hodens oder wenn der Hoden vor der Pubertätszeit schon vor dem äufseren Leistenring steht, da in diesem Falle man vielleicht erwarten könnte, dafs das Organ sich noch während der Entwicklungsjahre senkt.

Vor der Anwendung von Bandagen und Pelotten, welche den retinierten Hoden herabdrücken sollen, warnt Verfasser auf das entschiedenste: sie insultieren den Hoden und begünstigen das Zustandekommen der Entzündungen und maligner Degeneration, komprimieren die Gefäfse und tragen sowohl zur Atrophie des Hodens als auch zur Entstehung einer Varicocele bei.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die traumatische Hodenentzündung, von Ch. Vibert. (*Les accidents du travail.* 1906. J. B. Baillière et fils, 1906. Nach *Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 17.) V. weist darauf hin, welch grofse Bedeutung die traumatischen Hodenentzündungen für die Unfallpraxis und die Unfallversicherung haben, und wie schwer es oft ist, eine Verletzung als Ursache der Entzündung festzustellen. Hodenentzündungen infolge von Quetschung sind ja häufig; wenn aber das Trauma nicht mit Sicherheit durch anderweitige Befunde am Kranken oder durch einwandfreie Zeugen nachgewiesen werden kann, wird man doch stets daran denken müssen, dafs die Arbeiter begreiflicherweise immer geneigt sind, eine blennorrhoische Hoden- und Nebenhodenentzündung auf einen vollständig bedeutungslosen Stofs oder Fall zurückzuführen. Die zweite Form der traumatischen Hodenentzündungen, die Orchitis, infolge plötzlicher Muskelanspannung („Orchite par efforts"), ist zum mindesten sehr selten; in den meisten, vielleicht sogar in allen Fällen handelt es sich wohl um infektiöse, blennorrhoische oder tuberkulöse Entzündungen, die durch die Muskelanspannung verschlimmert wurden.

Götz-München.

Ein Fall von sehr kleinem, primärem Hodenkrebs mit sehr grofsen Metastasen der Lunge, von Heyo Nennenga. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.)

Fritz Loeb-München.

Über ein cystisches Embryom des Testikels, von Friedrich Meyer. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) Die Arbeit ist wegen der Seltenheit des mitgeteilten Falles und wegen ihres gediegenen, kritischen Inhalts beachtenswert. *Fritz Loeb-München.*

Operationen an den Samenblasen, von H. Riese-Britz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 25.) R. hat gute Erfolge mit der Totalexstirpation bei schweren Fällen von Hoden- und Samenblasentuberkulose. Für leichtere chronische Entzündungen der Samenblasen rät er von jedem operativen Eingriff ab, da sie meist ohne diesen ausheilen. Bei der Totalexstirpation umschneidet er erst etwaige Fisteln, entfernt den erkrankten Hoden; dann legt er durch einen Schnitt parallel dem Ligamentum Poupartsi das Vas deferens frei und exzidiert es soweit als möglich; schliefslich geht er dann vom Damm aus auf die Prostata vor, reseziert den Rest des Vas deferens mit eventuell erkrankten Teilen der Samenblasen und der Prostata. Ausdrücklich warnt er vor der Ausreifsung des Vas deferens nach Bünger. *Carl Schramm-Dortmund.*

c. *Prostata.*

Prostatitis ohne Vergröfserung der Prostata, von Charles H. Chetwood-New York. (*The Annals of Surgery.* 1905. April.) Ch. gibt im Eingang seiner Arbeit einen Überblick über die Ursache der Prostataentzündungen und ihre Behandlung und schildert dann ihre Entstehung. Eine Reihe von Krankengeschichten illustriert das Zustandekommen und den Verlauf der Prostatitiden ohne Vergröfserung der Prostata selbst; wie Ch. behauptet, seien die einfachen Incisionen in diesen Fällen nicht allein nutzlos, sondern auch direkt gefährlich wegen der erheblichen Blutungen; das einzige Verfahren, was ungefährlich, sicher und durchaus wirksam sei, sei die perineale galvanische Prostatektomie. *Putzler-Dansig.*

Über Prostatahypertrophie, von O. Zuckerkandt-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 15 u. 16.) Z. gibt in diesem Artikel einen Überblick über Ätiologie, Anatomie und Untersuchungsmethoden der Prostatahypertrophie, um sodann die Behandlung der Erkrankung zu erörtern. Die Röntgenbestrahlung verwirft er als zwecklos. Kastration und Vasektomie als indirekte Methoden der operativen Behandlung erscheinen ihm nicht mehr beachtenswert, auch die Bottinische Operation verdient nach Z. nicht die ihr einst gezollte Anerkennung, weil von zweifelhaftem Erfolge und dabei gefährlich. Von den Operationen, durch welche die Prostata als ganzes entfernt resp. aus ihrer Kapsel ausgeschält — nach Verfasser die einzigen Operationen, welche heute noch in Betracht kommen, hält er die transvesikale für die gefährlichere, da ihre Mortalität unter allen Umständen 10% und mehr beträgt. Dennoch wird man dieser Methode den Vorzug geben, wenn es sich um eine gegen die Blase vorragende Hypertrophie handelt; eine tief gegen den Mastdarm zu prominierende Form wird perineal zu operieren sein. *Putzler-Dansig.*

Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen in Gastein, von Siegfried Altmann-Gastein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) Die Radiumemanation ist in den Gasteiner Thermen nach den Untersuchungen von Curie und Laborde in eminentem Grade vorhanden; dies wurde durch Arbeiten von Mache und an Ort und Stelle aufgenommenem Befunde Sieveking's und Engels vollinhaltlich bestätigt; von allen bisher untersuchten Heilquellen wurde Radium in gröfster Menge vorgefunden, so dafs Gastein heute als das unübertroffene Paradigma der radioaktiven Quellen zu bezeichnen ist. Als Träger der Radioaktivität bezeichnet Mache den Reissacherit, ein den Gasteiner Thermen eigentümliches Schlammineral, welches an Aktivität zuweilen das metallische Uran übertrifft.

Es lag darum nahe, dafs die radioaktive Flüssigkeit so nahe und solange als möglich mit dem zu beeinflussenden Organe in Kontakt zu bringen war, um eine möglichste Tiefenwirkung zu erzielen.

Für Prostatiker mit Katheterapplikation kam ein Dauerdepot von 50 ccm 26grädigen, stets frisch vom Ausflufsrohr geholten Thermalwassers in die vorher ent-

leerte, bezw. ausgespülte Blase in Anwendung. Zur rektalen Applikation bediente sich A. eines hierfür konstruierten Apparates. Derselbe besteht aus einem, dem Prostatamasseur ähnelnden, oben geschlossenen und „à double courant" gebauten Metallrohr, das sich an seinem verjüngten, aufserhalb des Sphincter ani liegenden Ende in ein Zu- und Abflufsrohr gabelt.

Die Thermalwasserapplikation wurde täglich, mit Pausen und wo möglich, behufs gleichzeitiger Einwirkung auf die vordere und rückwärtige Prostatafläche, endovesikal und rektal ausgeübt. Die Prozeduren wurden ausnahmslos gut vertragen. Ihre Zahl schwankt je nach Dauer des Kuraufenthaltes zwischen 15 und 20. Als Kontraindikationen für die Radiotherapie möchte A. nur einen schon stark vorgeschrittenen uroseptischen Zustand, profuse Blutungen aus den oberen dilatierten Harnwegen und mit Rücksicht auf die möglichen toxämischen Reaktionen, stark entwickelte destruktive Nierenprozesse aufstellen. Diese Punkte decken sich mit einer Reihe von ihm anderorts aufgestellten Kontraindikationen Gasteins bei Prostatahypertrophie.

An den zahlreichen in Gastein behandelten Fällen mit Prostatahypertrophie — fünf Fälle werden genauer skizziert — ergab sich als Resumé: „dafs die lokale Applikation des radioaktiven Thermalwassers in Gastein bei Prostatahypertrophie, durch Depletion, Atrophisierung der drüsigen Elemente und durch Tonussteigerung eine fast durchweg zu beobachtende Volumenverminderung des Organs hervorruft. Der Tonus der nicht allzu paretischen Blase hebt sich, entzündliche Vorgänge in ihr werden auch durch die bakterizide Eigenschaft des Thermalwassers gebessert oder behoben. Durch die radioaktive Analgesierung werden die subjektiven Sensationen und Schmerzen zum Schwinden gebracht. Die anatomische Besserung deckt sich nicht immer mit der funktionellen Besserung, die in Wiederherstellung ganz normaler Urinverhältnisse, bezw. der Verminderung der Residua, Steigerung der Harnpausen und der spontan entleerten Harnquanta besteht. Unter ganz bestimmten Umständen kann die funktionelle Besserung, trotz eingetretener anatomischer Effekte, ausbleiben."

Arthur Rahn-Berlin.

Die perineale Drainage mit der PEZZER'schen Sonde als palliative Behandlung gewisser Fälle von Prostatahypertrophie, von F. P. B. C. FAISANS. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 83.) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von ROVSING. (*Hospitalstidende.* 1905. Nr. 41.) R. stellt folgende fundamentalen Sätze auf: 1. Die Prostatahypertrophie als solche fordert keine Behandlung. 2. Nur in der Minderzahl der Fälle (ca. 16 %), in denen die vergrörserte Prostata den freien und vollständigen Harnabflufs verhindert, ist eine Behandlung indiziert, und deren Ziel kann nur das sein, die Retention und die damit verbundenen Gefahren auf die für den Patienten schonendste Weise zu beseitigen. 3. Die Prostata ist selbst im hypertrophischen Zustande ein für die normalen Lebensfunktionen des Individuums höchst wichtiges und nützliches Organ, das nicht ohne genügenden Grund geopfert werden darf. Verfasser präzisiert dann zunächst die Indikationen und das Gebiet der Katheterisationsbehandlung und bespricht die operative Behandlung, 1. die Vasektomie, 2. Prostatectomia partialis, 3. Prostatectomia totalis, 4. einfache Cystotomia suprapubica mit Anlegung des PEZZER-schen Katheters als künstliche Harnröhre. Die Vasektomie versucht R. in allen Fällen, in denen eine diffuse, weiche, parenchymatöse Prostatahypertrophie in einem nicht zu weit vorgeschrittenen Stadium vorliegt. Die Prostatectomia partialis führt R. in in allen Fällen aus, wo die Retention durch einen in die Blase prominierenden Tumor hervorgerufen wird, die Blase nicht Sitz einer ernsten Infektion ist und wo Alter und Kräfte des Patienten zu einem Eingriff berechtigen, der die Narkose und möglicherweise eine Hämorrhagie zur Folge hat. R. führt die Operation durch die Sectio alta

aus. Die Totalexstirpation führt R. nur da aus, wo er Grund zur Annahme einer sarkomatösen oder carcinomatösen Entartung der hypertrophischen Prostata hat, sowie wo Blutung oder Infektion eine Indicatio vitalis geben. Auch sie wird durch die Sectio alta ausgeführt. Die Cystotomia suprapubica wendet R. in allen Fällen an, wo 1. die Vasektomie versagt, oder wo ihre Wirkung aufgehört hat, 2. überall, wo Harninfektion bei Prostatikern mit Retention das Leben bedroht und eine rasche und sichere Drainage nötig macht, 3. wo eine Prostatektomie wohl indiziert wäre, aber wegen Alters und Schwäche des Patienten oder wegen der Infektion als zu gefährlich aufgegeben werden muſs, 4. bei paretischer Blase, wo die Katheterisation durch die Urethra unmöglich ist oder groſse Schwierigkeiten verursacht. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über die Cystotomia subpubica bei Prostatikern. (Geschichte, Indikationen, Operationsmethoden); von M. H. Lombard. (*Thèse de Nancy.* 1903/04. Nr. 10.) *Fritz Loeb-München.*

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Nathan Jacobson-Syracuse N. Y. (*New York med. Journ.* 10. März 1906.) In der ersten Zeit der Prostatahypertrophie, wenn dieselbe einfach kongestiver Natur ist, hat J. viel Erfolg von Massage der Prostata und der innerlichen Darreichung von Harnantiseptika gesehen. Ist einmal Cystitis mit Urinzersetzung und Blasenreizung eingetreten, so muſs dem Patienten klar gemacht werden, daſs nur radikale Mittel mehr helfen. Vorgerücktes Alter des Patienten ist keineswegs eine Kontraindikation der Operation, vielmehr ist die wichtigste Bedingung unversehrter Zustand der Nieren. Mit der Bottinischen Operation hat J. keinerlei Erfahrung, er glaubt jedoch, daſs in allen Fällen, wo sie Hilfe gebracht, derselbe Erfolg und zwar mit gröſserer Sicherheit durch die Prostatektomie erreicht worden wäre. Wegen der anatomischen Vorteile und der leichteren Zugänglichkeit zur Drüse zieht er den perinealen Weg der Operation vor. In Steinschnittlage wird entweder eine einfache lange Hautincision, oder eine halbmondförmige, oder eine mit umgekehrtem V gemacht; die Verwachsungen der Drüse mit der Umgebung sind gewöhnlich leicht zu lösen, in seltenen Fällen können dieselben aber auch so fest sein, daſs die Prostata stückweise entfernt werden muſs. Was nun die bei der Operation meist vorkommende Verletzung der Harnröhre betrifft, so hält J. dieselbe keineswegs für etwas Wichtiges, vorausgesetzt, daſs die Blase richtig drainiert wird; in einer groſsen Anzahl von Fällen hat er vielmehr praktisch den Zustand der Harnröhre völlig ignoriert und sah im weiteren Verlaufe gar keinen Unterschied, ob die Harnröhre unbeschädigt war oder nicht. Auf einen Zustand, welcher nach J.s Ansicht in mehr weniger hohem Grade bei allen Prostatikern vorkommt, weist er ganz besonders hin, nämlich die Arteriofibrosis oder Sklerosis; dieselbe bildet nicht nur keine Gegenindikation der Operation, sondern es zeigte sich vielmehr, daſs nach derselben die arterielle Spannung in hohem Grade nachläſst, der Puls weicher wird usw. Zum Schlusse drückt Verfasser seine feste, auf eigene wie anderer Autoren Erfahrung gestützte Überzeugung aus, daſs wir der Mehrzahl der Prostatiker, sofern die Nierenfunktion intakt ist, sagen können, die Prostatektomie ist eine ohne groſse Gefahren verbundene Operation, welche ihnen im hohen Grade dauernde und nicht nur vorübergehende Erleichterung bringen wird.

Stern-München.

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Hans Wildbolz-Bern. (*Correspondzbl. f. Schw. Ärzte.* 1906. Nr. 9.) W. gibt im Eingang dieses Vortrages eine Schilderung der suprapubischen und der perinealen Prostatektomie, wägt die Gefahren der beiden Methoden gegen einander ab, ohne sich für die eine oder die andere strikte zu entscheiden, wenngleich er selbst in sieben Fällen die perineale Prostatektomie mit gutem Erfolg vorgenommen hat. *Putsler-Danzig.*

Die Begrenzung in der Anwendung des Katheters bei Prostatahypertrophie, von Hermann Goldenberg-New York. (*American journ. of Urology.* Juni 1906.) G. empfiehlt, den Katheter bei akuter Harnverhaltung als dem zuerst auftretenden Symptom der Hypertrophie oder bei chronischer, unvollständiger Retention anzuwenden und zwar in regelmäfsigen Zwischenräumen oder, wenn die Einführung schwierig, schmerzhaft oder mit heftiger Blutung verbunden ist, als Dauerkatheter, welcher Wochen lang liegen bleiben und wobei Patient seiner gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen kann. Bei der akuten Retention kommt dann in zweiter Linie der obere Blasenschnitt, welchen G. für eine relativ leichte Operation, die unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann, erklärt, in Betracht. Bei der chronischen, unvollständigen Retention ist die Menge des Residualharns, die Beschaffenheit des Urins, der allgemeine Gesundheitszustand und nicht zum wenigsten der Beruf des Patienten in Betracht zu ziehen: ist regelmäfsige Katheterisierung nicht möglich, besteht heftige Cystitis, nimmt Patient zusehends ab, so ist baldigste Entfernung der Prostata unbedingt angezeigt. Ebenso ist bei chronischer vollständiger Retention die Prostatektomie angezeigt, aufser wenn gleichzeitig bestehende Cystitis, oder Nephritis, oder Myocarditis, oder Blasenatonie oder -Lähmung jede operative Massnahme verbieten. Im allgemeinen wollte G. mit dieser Arbeit eine gewisse Ehrenrettung des Katheters bei Prostatahypertrophie vornehmen. *Stern-München.*

Die operative Behandlung der Hypertrophie und des Carcinoms der Prostata, von Hermann Kümmell-Hamburg-Eppendorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 14.) K. rät bei allen Fällen von Urinretention infolge von Prostatahypertrophie zunächst einen möglichst dicken Nélatonkatheter einzuführen und denselben einige Tage als Dauerkatheter liegen zu lassen. „Tritt nach seiner Entfernung keine spontane Entleerung ein, und scheitert auch ein weiterer, einige Tage lang fortgesetzter Versuch mit dem Katheter, so raten wir zum operativen Eingriff."

Vor jeder Operation überzeugt sich K. von der Funktionsfähigkeit der Nieren durch Kryoskopie, durch diese erhält man den gewünschten Aufschlufs. Bei einer Erniedrigung des Blutgefrierpunktes unter 0,6 ist die weniger eingreifende Bottinische Operation noch auszuführen. Besteht der Verdacht auf Carcinom der Prostata, so ist selbstverständlich nur von einer Radikaloperation Hilfe zu erwarten, von jedem anderen Eingriff jedoch abzusehen. Die Diagnose des Prostatacarcinoms ist meist sehr schwer mit einiger Sicherheit zu stellen, besonders in den frühen Stadien, in denen ein operativer Eingriff überhaupt noch nicht in Frage kommt. Eine auffallende Härte, ein derber mehr flächenhafter Tumor bei nicht sehr hochgradiger Schwellung sprechen meist für Carcinom, während eine sehr grofse Hypertrophie und eine weiche Konsistenz einen gutartigen Charakter annehmen lassen. Die Kontraktionsfähigkeit der Blase mufs noch eine derartige sein, dafs durch den eingeführten Katheter der Urin mit stärkerem Druck entleert wird. Bei vollständiger Lähmung des Detrusors würde auch nach Entfernung der Prostata keine spontane Entleerung möglich sein.

Es kommen jetzt im wesentlichen die Prostatectomia perinealis und suprapubica sowie unter besonderen Verhältnissen die Bottinische Operation in Betracht. „Wenn es der Zustand des Patienten erlaubt, geben wir der Prostatektomie als der radikalsten, am sichersten zum Ziele führenden, bei gutartiger Hypertrophie jedes Rezidiv ausschliefsenden Methode den Vorzug. Beim Verdacht auf Carcinom der Prostata ist ausschliefslich die Prostatektomie anzuwenden." K. macht sie sowohl vom Damm aus als durch die Sectio alta. Fühlt man vom Rectum aus nur eine kleine, wenig hervortretende Drüse, so wählt K. die Sectio alta. Den Ausschlag für die Wahl der Operation gibt dann das Cystoskop.

Was schliefslich die Narkose anbetrifft, so hat K. entweder die Äthernarkose mit

vorheriger Scopolamin (5 dg) — Morphium (0,01 g) — Injektion oder in letzter Zeit ausschliefslich die Lumbalanästhesie mit Stovain, Novocain oder Alypin erfolgreich angewandt. Gerade die letztere Methode, bei der die Lungen und Herz gefährdende Allgemeinnarkose in Wegfall kommt, bildet einen wesentlichen Fortschritt für die Ausführung der Prostatektomie und setzt die Gefahren der Radikaloperationen wesentlich herab. *Arthur Rahn-Berlin.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Prostatacarcinome, von B. Motz und F. Majewski. (*Przeglad lekarski.* 1906. Nr. 9.) Vorläufige Mitteilung in der Pariser Académie des Sciences über 26 in der Klinik Guyon von Verfassern untersuchten Fällen von Prostatacarcinomen. Die Prostatacarcinome treten entweder als Carcinoma alveolare auf, oder — und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle — als Adenocarcinoma und Adenoepithelioma (Albarran und Hallé). In Fällen von Carcinoma alveolare und Adenocarcinoma geht das muskulös-bindegewebige Substrat der Prostata eine fibröse Metamorphose ein; in Fällen von Adenoepithelioma bleibt dieselbe aus oder geht sehr langsam vor sich. Die Prostatacarcinome verbreiten sich fast immer auf Lymphdrüsen (25 mal auf 26 Fälle). In 20 Fällen wurde eine carcinomatöse Infiltration der Samenbläschen beobachtet, oft viel deutlicher links als rechts. Das Peritoneum war in drei Fällen affiziert. Der Mastdarm, der oft von carcinomatösen Massen umgeben ist, bleibt gewöhnlich selbst intakt. Die Ausbreitung des Prozesses auf die Wirbel und auf die Schambeine ist nicht selten. Oft übergeht die Neubildung auf die Harnblase (20 mal in 26 Fällen); entweder ist hier das Carcinom nur histologisch oder auch mit bloſsem Auge wahrnehmbar; entweder tritt es auf in Form kleiner, mehr oder weniger exulcerierter Geschwülstchen, oder in Form dicker Wülste, welche die sie bedeckende Schleimhaut ausstülpen, oder auch als kleine, auf mehr oder weniger breiter Basis sitzende Geschwülste; in anderen Fällen endlich verursacht die Neubildung weitgehende Verschwärung der Harnblasenwandungen.

Die Harnröhre war in sieben Fällen affiziert; in zwei Fällen handelte es sich um kleinere exulcerierte Vegetationen, in vier Fällen — um tiefe Verschwärung des hinteren Abschnittes in einem Falle — um vollständige Zerstörung der Harnröhre. Die Affektion der Corpora cavernosa wurde dreimal beobachtet.

Bei fünf Kranken haben Verfasser Metastasen gefunden: dreimal in der Leber, zweimal in den Lungen und der Pleura, je einmal in den Nieren und im Femur.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von Prostatacarcinom (nach der Operation diagnostiziert), von Frank S. Bulkley-Apen, Mass. (*Journ. amer. med. assoc.* 18. Jan. 1906.) Der seltene Fall betraf einen 53jährigen Irländer, bei dem sich im September 1904 als die ersten Zeichen häufiger Harndrang einstellten; derselbe wurde immer stärker und es gesellten sich Anfälle von Retention hinzu. Schmerzen waren bei der im September 1905 vorgenommenen Untersuchung nicht vorhanden, ebenso keine Hämorrhagien, keine Zustände allgemeiner Schwäche oder gar Kachexie. Es wurde zwar die Diagnose auf Prostatahypertrophie gestellt, aber in anbetracht des Alters und der kurzen Zeit, in welcher sich die Krankheitssymptome entwickelten, auch die Möglichkeit einer bösartigen Neubildung erwogen. Die Prostatektomie wurde ausgeführt und zwar unter grofsen Schwierigkeiten; die mikroskopische Untersuchung rektifizierte die Diagnose. Noch drei Wochen nach der Operation befand sich Patient sehr wohl, dann stellten sich gastrische und urämische Beschwerden ein und Patient verstarb fünf Wochen nach der Operation. *Stern-München.*

Die Frühdiagnose und Radikalheilung des Prostatacarcinoms. Bericht von fünf Fällen und Schilderung der Radikaloperation, von Hugh H. Young-

Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 10.) Der Verfasser befürwortet die Radikaloperation bei frühzeitig diagnostiziertem Prostatakrebs. Die Exzisionslinie schliefst die ganze Prostata, mit ihrer Kapsel und Urethrateil und anliegendem Blasenstück, mit den Samenbläschen und den Ampullen der Vasa deferentia ein. Er führte diese Operation bei sechs Kranken aus, von denen einer mit ausgedehnten intraperitonealen Metastasen starb. *Schourp-Dansig.*

Ein rasch wachsendes Rundzellensarkom der Prostata, von Hugo Bach. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Verfasser beschreibt seinen Fall (Lymphosarkom) und macht Mitteilung über die fünf analogen Fälle, die er in der Literatur auffinden konnte. *Fritz Loeb-München.*

Zur Würdigung der Bottinischen Operation, von J. Cohn-Berlin. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 16.) Es steht fest, dafs die Prostatahypertrophie als eine Neubildung aufzufassen ist, die entweder von den Drüsen oder den Muskeln oder von beiden Teilen des Organs ausgehend, ein mechanisches Hindernis für die Harnentleerung darstellt. Dagegen richten sich heute die therapeutischen Mafsnahmen, so auch die Bottinische Operation. Verfasser beobachtete 30 Fälle, die der Bottinischen Operation unterzogen waren. Alle diese Fälle befanden sich im zweiten oder dritten Stadium der Hypertrophie, während Patienten im ersten Stadium niemals operiert wurden. Die Erfolge waren befriedigend. Verfasser teilt seine Fälle in drei Gruppen. Die erste umfafst zwei Todesfälle, die zweite die Fälle, in denen nach der Operation keine Besserung eingetreten war, und die dritte die Mehrzahl der Fälle, in denen eine vollständige Heilung oder eine ganz bedeutende Besserung zu konstatieren war. Die Resultate stehen in Übereinstimmung mit denen anderer Autoren. Jedenfalls ist in manchen Fällen die Bottinische Operation trotz der Gefahren am Platze.
Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Erfolge der Prostatectomia transvesicalis, von J. Moscou-Bukarest. (*Presse méd.* 1906. Nr. 44.) Die operative Entfernung der adenomyomatösen Bildungen der Prostata und das Herausreifsen der Urethra lassen eine grofse Tasche zurück, welche sich allmählich vollkommen mit der Blasenhöhle verbindet. Die Wand dieser Tasche, welche die herausgelöste Urethra vorstellt, wird durch Prostatagewebe gebildet. Ein Epithel, welches seiner Beschaffenheit nach an Blasenepithel erinnert, bedeckt wieder die innere Oberfläche der Prostata, die Entstehung des Epithels geht von dem Blasenepithel aus, es überzieht den Hals, dann die inneren Wände der Prostata und schliefslich den hinteren Teil der Harnröhre. Das Vorhandensein der Ausgänge der Ductus ejaculatorii, welche durchgängig zu sein scheinen, ist nur der natürliche Erfolg der Erhaltung der Prostata. Der hintere Teil der Harnröhre, als der am meisten zurückgezogene Teil der vesiko-urethralen Tasche übernimmt die Rolle des Spincter vesicae. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zum Studium der Prostatektomie (operative und klinische Resultate), von Albert Vrain. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 490.) *Frits Loeb-München.*

Urinverhaltung infolge Prostatahypertrophie, gehoben durch Prostatektomie, von George W. King-Helena, Mont. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 12.) Ein Mann, welcher seit 12 Jahren an Urinverhaltung litt, pflegte sich selbst zu katheterisieren, bis er eines Tages den Katheter nicht mehr einführen konnte. Nachdem er fünf Tage lang keinen Urin entleert hatte, kam er mit Erscheinungen beginnender Urämie in das Lazarett. Hier gelang es mit Mühe, ihn mit einem Metallkatheter mit grofser Krümmung zu katheterisieren. In den nächsten Tagen wurde die perineale Prostatektomie ausgeführt. Das Gewicht der entfernten Prostatateile betrug 5½ Unzen. Die Heilung des Patienten erfolgte schnell; sechs Tage nach der Operation entleerte er bereits einen Teil Urin spontan. *Schourp-Dansig.*

Der Zustand der Urethra nach Prostatektomie, von J. W. Thomson Walker-London. (*Brit. Med. Journ.* 18. Aug. 1906.) Aus einer Reihe von anatomischen Untersuchungen hat Verfasser entnommen, dafs bei der Prostatektomie drei Möglichkeiten in Bezug auf die Urethra gegeben sind: 1. Es kann die ganze Urethra zurückbleiben. 2. Es kann die ganze Pars prostatica urethrae entfernt werden, sogar mit Teilen der Blase und der Pars membranacea der Harnröhre. 3. Es kann ein Teil der Pars prostatica entfernt werden, indem ein Teil der hinteren Wand zwischen Verumontanum und Pars membranacea mit der Wandung des Hohlraums in Verbindung bleibt. Letzteres ist das gewöhnlichste Resultat, und die Untersuchung der Teile nach Ablauf einer längeren Zwischenzeit ergab eine glatte Auskleidung der Prostatahöhle mit einer einfachen oder doppelten Schicht von Zellen auf dichtem Narbengewebe, ohne dafs die Blasenschleimhaut irgendwelche Neigung zeigte, auf die Lücke hinüber zu wachsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mortalität nach Prostatektomie, von Benjamin Tenney und Henry Melville Chase-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 19.) Aus der Statistik der in der Literatur angegebenen Fälle geht hervor, dafs die Mortalität bei der perinealen Prostatektomie bei den einzelnen Operateuren zwischen 6,2 und 11 %, bei suprapubischen Prostatektomie zwischen 9,8 und 18 % schwankt. *Schourp-Dansig.*

Auslösung der Prostata wegen Hämorrhagie, von W. Thomson-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1906.) Ein 57jähriger Herr hatte wiederholt an sehr ausgiebigen Blasenblutungen gelitten. Verfasser hatte eine ziemlich erhebliche Prostatahypertrophie konstatiert und hielt das Vorhandensein eines Blasensteins im Recessus prostaticus für sehr wahrscheinlich. Die Röntgenuntersuchung an Blase und Nieren und die von anderer Seite ausgeführte Sondierung waren negativ ausgefallen. Als wieder eine bedrohliche Blutung in der Blase auftrat, führte man die Sectio alta aus und enukleierte die ca. 60 g schwere Prostata. An derselben fanden sich an drei Stellen Extravasationsgebiete unter der Oberfläche. Aufserdem fand man 32 aus oxalsaurem Kalk bestehende kleine Konkremente in einer Tasche hinter der Prostata. Einige hatten die Gröfse von grofsen Erbsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine weitere Serie von Enukleationen der Prostata, von W. Thomson-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1906.) Verfasser berichtet hier über seine letzten 18 Operationen dieser Art. Es starben von den Patienten fünf, aber in Anbetracht der Begleiterscheinungen kann dies Resultat nicht ungünstig genannt werden. Bei dem einen Patienten, welcher 3 Monate nach der Operation an Lungengangrän starb, kann füglich von einem Zusammenhang zwischen Operation und Exitus letalis keine Rede sein. Ein 75jähriger Patient mit Mitralfehler starb an Bronchitis, wohl infolge der Äthernarkose; einer 14 Tage p. o. an Peritonitis; einer an Sepsis 24 Stunden p. o. und einer an phlegmonöser Entzündung im Beckengewebe. Es ist viel Gewicht auf eine gründliche Auswaschung der Blase in den ersten Tagen nach der Operation sowohl von der Wunde als auch von der Urethra aus zu legen, um das Niederschlagen von Phosphaten auf der Schleimhaut zu verhüten. Einige weitere belehrenden Details mögen im Original noch nachgesehen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Eröffnung von Prostataabscessen auf perinealem Wege, von Jaques Toupet. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 48.) *Fritz Loeb-München.*

Behandlung von Abscefs und Hyperämie der Prostata, von J. Mac Munn-London. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1906.) Verfasser berichtet über einen Fall von blennorrhoischem Prostataabscefs, den er von der Urethra aus unter Leitung des Endoskops mit einem speziell konstruierten Messer erfolgreich inzidierte. In der gleichen Weise hat er bei Hyperämie des Organs auch Linderung verschafft.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Prostata-Albuminurie als nicht seltene Ursache diagnostischen Irrtums bei der sogenannten orthostatischen, physiologischen und cyklischen Albuminurie, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*New York med. Journ.* 24. Febr. 1906.) Die Absonderung von einer hyperämischen oder entzündeten Prostata ist eiweifshaltig, während dies bei einer normalen Drüse nicht oder nur in so geringem Mafse der Fall ist, dafs, wenn nicht die Samenbläschen massiert werden, der Urin keine Eiweifsprobe geben kann. Die Albuminurie ist, wie Verfasser an fünf kurz beschriebenen Fällen ausführt, ein ständiges Symptom der chronischen Prostatitis und mufs bei der Diagnose berücksichtigt werden; der Name Prostataalbuminurie dünkt ihm die für diesen Zustand geeignete Bezeichnung. Bei Lebensversicherungs-Untersuchungen sowie bei der Diagnose unklarer Arten von Albuminurie sollte auch stets an die Möglichkeit dieser Ursache gedacht werden. Die periodische Zunahme des Prostataausflusses und die auffallende Ähnlichkeit zwischen den Symptomen der intermittierenden, orthostatischen und cyklischen Albuminurie einerseits und der Prostatorrhoe andererseits machen die Diagnose besonders dann sehr schwierig, wenn das Prostatasekret in die Blase zurückfliefst und nicht am Meatus erscheint. Die regelmäfsige Zunahme des Sekrets alle 10—30 Tage, sowie die Analogie zwischen Uterus und Prostata legen den Gedanken nahe, dafs die Prostataalbuminurie und die Menstruation durch ähnliche Ursachen bedingt sind. In zweifelhaften Fällen, wo keine Spermatozoen vorhanden sind, mufs der Urin nach Massage der Prostata und Samenbläschen und Irrigation der Blase und zwar dessen zweite Probe auf Eiweifs untersucht werden. *Stern-München.*

Die malignen Tumoren der Prostata, von Hallopeau. (*Thèse Paris.* 1906. Nach *Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 19.) Nach H. kommt auf zehn Fälle von Prostatahypertrophie ungefähr ein Fall von malignem Prostatatumor (Sarkom oder Carcinom). Die Prostatacarcinome greifen nur ausnahmsweise auf die Urethra, häufig dagegen auf den Blasenfundus und die Samenblasen über; zur Beckenzellgewebscarcinose scheinen sie nur selten zu führen. Die Erscheinungen, die sie machen, und ihr klinischer Verlauf sind ja bekannt; hervorzuheben aus der diesbezüglichen Schilderung H.s ist nur, dafs er in 27 von 42 Fällen spontan auftretende, heftige, initiale Hämaturie beobachtet hat. — Grofse Ähnlichkeit mit einem Prostatacarcinom kann unter Umständen der lokale Befund bei chronischer Prostatitis mit Pericystitis aufweisen. Die einfache Prostatahypertrophie, aus der sich allerdings sekundär oft genug ein Carcinom entwickelt, unterscheidet sich vom primären Prostatacarcinom dadurch, dafs der Verlauf ein langsamerer ist, dafs der Tumor sich gegen die Urethra hin entwickelt, weicher und gleichmäfsiger ist und seltener Schmerzen verursacht, und dafs keine Schwellung der Glandulae iliacae vorhanden ist; aufserdem verträgt der Prostatiker den Verweilkatheter sehr gut, der Kranke mit Prostatacarcinom dagegen gar nicht oder nur schlecht. — Die Behandlung mit Röntgenstrahlen hat bisher nur in einem von Imbert veröffentlichten Falle von Prostatabeckencarcinose Erfolg gehabt. H. schlägt die extrakapsuläre Entfernung der carcinomatös erkrankten Prostata auf perinealem Wege mit Resektion der Pars posterior urethrae, der Harnblase, der Samenleiter und Entfernung der Samenblasen vor; die Operation ist eine sehr schwere, kann aber zu vollständiger Heilung führen. *Götz-München.*

Die gegenwärtige Stellung der Prostatachirurgie, von J. H. Nicoll-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 11. Aug. 1906.) Der Artikel enthält grofsenteils eine Polemik gegen die von Freyer erhobenen Ansprüche auf Priorität betreffs der Totalenukleation der Prostata. Im ganzen kann man als Unbeteiligter sein Urteil nur dahin zusammenfassen, dafs andere Operateure, namentlich McGill, Mayo Robson, Fuller in Amerika und Nicoll die Operation schon früher ausgeführt und auch beschrieben haben, dafs aber die Freyerschen Publikationen, nachdem dieser, wie es scheint, unabhängig von

den anderen in ähnlicher Weise operiert hatte, Ende der 90er Jahre die allgemeine Aufmerksamkeit auf das Verfahren lenkten. N. veröffentlicht hier eine Reihe von höchst erfolgreichen Fällen; bei einigen gelang es, die Urethra intakt zu erhalten. Unter seiner ersten Serie von 48 Fällen hatte er vier Todesfälle; die zweite Serie von 25 Operationen schlofs mit fünf Todesfällen ab; die letzte Serie, bei der eine passende Auswahl mit gröfserer Vorsicht getroffen wurde (1905), umfafste 38 Fälle mit 34 Heilungen. N. hat auch eine spezielle Vorrichtung zum Tamponieren der Prostatahöhle und zur Blutstillung nach der Operation hier beschrieben und abgebildet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

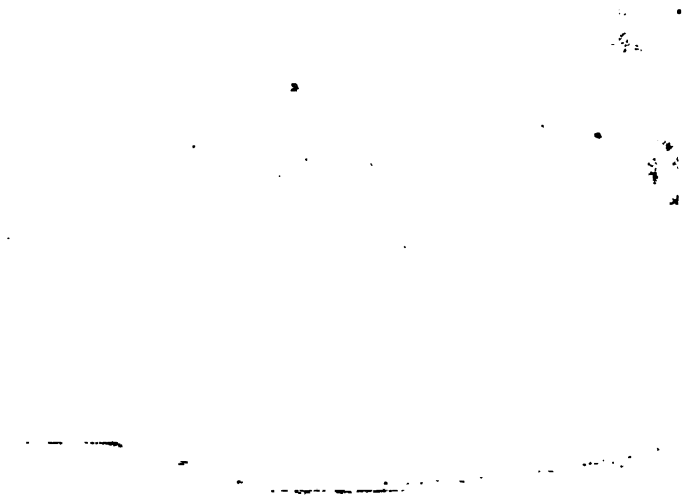
Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen, von Albert Freudenberg-Berlin. (*Heilkunde.* Mai 1906.) Der bekannte warme Verteidiger der Bottinischen Operation bringt die Statistik seiner bisherigen reichen Erfahrungen, welche 152 Fälle mit dem Durchschnittsalter von 65½ Jahren (der jüngste 41½, der älteste 82 Jahre) umfafst, 84 Heilungen, 45 wesentliche Besserungen, 12 Mifserfolge (= 7,9%) und 11 Todesfälle (= 7,2%) aufweist. Er hebt wiederholt hervor, dafs, wer gute Resultate mit der Bottinischen Operation erzielen will, dieselbe vorher an der Leiche geübt haben mufs, mit der „intravesikalen Blasenchirurgie, besonders der Cystoskopie, vertraut sein und zum mindesten eine tadellose Litholapaxie auszuführen verstehen mufs. Immerhin räumt Fr. bei der modernen Entwicklung der Prostatektomie dem Bottini eine gewisse Einschränkung ein und fafst seine bezüglichen Ansichten folgendermafsen zusammen: 1. Die Bottinische Operation, welche fast stets unter lokaler Anästhesie ausgeführt werden kann und in der Regel den Patienten kaum so viele Tage an Bett und Zimmer fesselt wie die Prostatektomie Wochen, ist im allgemeinen ein wesentlich kleinerer Eingriff als die Prostatektomie und daher bei schwachen und sehr alten Leuten vorzuziehen. 2. Der Chirurg, der keine gröfsere Spezialerfahrung auf dem Gebiete der Blasenchirurgie hat, tut besser, die Prostatektomie auszuführen. 3. Die Potentia coeundi wird durch die Bottinische Operation nicht gefährdet, durch Prostatektomie eher in um so höherem Grade, je mehr die letztere als totale Prostatektomie ausgeführt wird. 4. Die Bottinische Operation ist besonders bei relativ kleiner und mittelgrofser Prostata zu empfehlen, kann aber auch bei ganz grofser vollen Erfolg bringen. 5. Ist es nicht möglich, sich vor der Operation über die Verhältnisse von Blase und Prostata genau, insbesondere auch durch Cystoskopie, zu orientieren, so ist die Prostatektomie, und zwar meist die suprapubische, vorzuziehen. 6. Während bestehenden Fiebers soll man den Bottini nicht ausführen. Die Prostatektomie kann im Gegensatz dazu durch Ruhigstellung und Drainage der Blase Fieber zum Abfall bringen. Schliefslich wendet sich Fr. noch gegen die besonders von Rovsing über die sogenannte Blasenatonie als Kontraindikation jeden operativen Eingriffes vertretene Ansicht und erklärt, man solle bei der Frage, ob einem Patienten eine Radikaloperation zu empfehlen ist, dessen Allgemeinzustand, die Art und Gröfse seiner Miktionsbeschwerden, die Beschaffenheit von Prostata und Nieren recht sorgfältig in Rechnung setzen, aber die supponierte Schwäche der Blasenmuskulatur nur wenig oder gar nicht berücksichtigen.

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.



Wenzel

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 10. 15. November 1906.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie (Vorstand: Professor Dr. Ernst Finger) in Wien.

Purpura annularis teleangiectodes.

Von

Dr. Alfred Brandweiner,
I. Assistent der Klinik.

Mit einer farbigen Tafel.

Im 43. Band des *Archivs für Dermatologie und Syphilis* beschrieb Majocchi unter der Bezeichnung Purpura annularis teleangiectodes („Teleangiectasia follicularis annulata") ein bis dahin ungekanntes Krankheitsbild, das er an fünf Fällen studiert hatte. Er schrieb demselben folgende allgemeine Charaktere zu:

„1. Rosa- und lividrote Flecken, gebildet von kapillaren Ectasien mit folgenden Hämorrhagien, ohne vorhergehende Hyperämie, ohne wahrnehmbare Infiltration der Haut, und gewöhnlich in deutlichem Zusammenhange mit den Haarfollikeln.

2. Langsame Entwicklung und Vermehrung derselben.

3. Konstant exzentrisches Wachstum der Flecke, wodurch ihre schöne Ringform bedingt wird.

4. Symmetrische Anordnung der Dermatose.

5. Primärer Sitz immer an den Gliedmaßen, vornehmlich an den unteren.

6. Gewöhnlich Fehlen von Pruritus und jeder Sensibilitätsstörung.

7. Ausgang in leichte Atrophie und Achromie der Haut, bisweilen mit Alopecie."

Majocchi unterscheidet drei Stadien der Krankheit, deren erstes er als teleangiectaticum bezeichnet, dem sich ein haemorrhagico-pigmentosum (jedoch nicht notwendigerweise) anschließt. Diesem folgt das Stadium atrophicum. Im Beginne der Erkrankung erscheinen rosarote, punkt-, linsen- oder strichförmige Fleckchen, die manchmal geschlängelt oder verästelt sind und aus kapillaren Ektasien bestehen. Neben ihnen lassen

sich aber auch hämorrhagische Herde erkennen, deren Farbe unter Druck persistiert. Die kapillaren Ektasien haben einen follikulären Sitz, sind fast alle von einem Härchen durchbohrt. Diese Veränderungen bestehen lange Zeit, wachsen nur allmählich heran und bilden durch Konfluenz oder Apposition Ringformen. Subjektive Erscheinungen fehlen sowohl im Beginn wie im Verlauf der Dermatose. Im zweiten Stadium, welches das erste manchmal schon begleitet, finden sich punkt- und linsenförmige Hämorrhagien, welche sich an den Follikeln oder in deren Nachbarschaft ausbilden, lange Zeit bestehen, in Pigmentationen ausgehen und mit der Zeit vollständig schwinden. Nicht an jeder Kapillarektasie kommt es jedoch notwendig zur Hämorrhagie, weshalb sich auch in diesem Stadium oft noch Teleangiektasien vorfinden. Nach dem Schwinden der Pigmentationen, bisweilen auch noch während ihres Bestandes stellt sich unter gleichzeitigem Haarschwund eine zarte Atrophie des ergriffenen Hautterrains ein. Haare sowohl wie Follikelmündungen sind nach Ablauf einiger Monate völlig verschwunden. „Die Haut in den ringförmigen Herden wird etwas dünner, glänzend, verliert ihr Pigment und ist auch von zarten Furchen durchzogen . . . . aber auch zu dieser Zeit wachsen die Herde auf Kosten der benachbarten Follikel durch exzentrische Ausbreitung der perifollikulären Kapillarektasien weiter."

Der Verlauf der Dermatose ist sehr lenteszierend, ihre Entwicklung eine äufserst langsame. Die initialen lividroten Effloreszenzen treten anfangs sehr spärlich und zerstreut auf, ihre Kongregation zu Ringformen bildet sich erst allmählich aus. Bemerkenswert ist „das Fehlen von plötzlichen oder interkurrierenden paroxysmenähnlichen Ausbrüchen, wie dies häufig bei der Purpura haemorrhagica geschieht. Auch überrascht nicht so sehr die langsame Entwicklung als vielmehr im Gegensatze zur Purpura haemorrhagica die lange Dauer und Persistenz der Fleckchen." Über den Endausgang des Leidens spricht sich der Autor nicht mit Bestimmtheit aus, da es ihm nicht möglich war, die Patienten durch längere Zeit in Beobachtung zu halten.

Histologische Untersuchungen konnte MAJOCCHI nur an einem Falle (von einem Neugeborenen) anstellen. Die auffallendsten Veränderungen betrafen die Kapillaren, welche sowohl an den Gefäfsschlingen in der Umgebung der Follikelmündungen als auch im subpapillaren Netz deutliche Ektasien aufwiesen. Sie zeigten geschlängelten Verlauf, mannigfache Erweiterungen und Verengerungen, häufig starke Blutfüllung. An manchen Stellen fanden sich Ansammlungen deformierter roter Blutkörperchen, welche durch Diapedese ins Gewebe neben die Kapillaren zu liegen kamen. Im etwas weiter vorgeschrittenen Stadium finden sich an Stelle der deformierten Erythrocyten Massen von Blutdetritus, dem Pigmentschollen und Körnchen beigemischt sind. Zu dieser Zeit sind die Ka-

pillaren stark erweitert, die Haare sind dünn, pigmentlos, am Wurzelteil verschmächtigt. Aufser diesen Ektasien der Kapillaren und Blutaustritte ist eine leichte aber deutliche kleinzellige Infiltration in der Nachbarschaft der Gefäfse zu konstatieren. Im atrophischen Stadium findet sich im Zentrum der ringförmigen Herde eine Verdichtung des Bindegewebes, Mangel erweiterter Kapillaren, keine Rundzelleninfiltration, dagegen Sklerosierung und Erscheinungen von Retraktion des Bindegewebes. Die Haarfollikel sind teilweise oder gänzlich atrophiert, die Talgdrüsen sind geschwunden. Die Papillen fehlen, die Epidermis ist verdünnt, das Stratum granulosum und corneum verschmächtigt.

M. mutmafst, dafs das Geschlecht der Patienten für das Zustandekommen der Erkrankung eine Rolle spielt, da in allen von ihm beobachteten fünf Fällen männliche Individuen von derselben befallen waren. Dem Alter ist seiner Meinung nach kein Einfluſs zuzusprechen, da er die Krankheit sowohl beim Neugeborenen als auch im Alter von 30 bis 50 Jahren konstatierte. Angeborene oder erworbene Herzfehler konnten ebenfalls für die Ätiologie nicht in Betracht kommen — bei keinem der Patienten fand sich dergleichen. Gegen das ursächliche Moment traumatischer Insulte sprachen in seinen Beobachtungen sowohl Anamnese als auch (nach seiner Meinung) die Ringform und die nachfolgende Atrophie. Syphilis und rheumatische Erkrankungen konnten in Ms. Fällen gleichfalls ausgeschlossen werden. Bei einem Patienten wurde eine gichtische Diathese konstatiert, doch kann auch ihr nach M. kaum eine ursächliche Rolle zugeschrieben werden, da die Seltenheit der Dermatose der Häufigkeit der uratischen Erkrankungen allzu schroff gegenübersteht. Dem Erythema pernio gegenüber, das mit der in Rede stehenden Affektion eine gewisse Analogie in klinischer und histologischer Hinsicht aufweist, ist auf die morphologischen Differenzen hinzuweisen: Erythematöses Vorstadium bei diesem, Ringformen bei der Purpura annularis teleangiectodes.

Majocchi möchte die Affektion mit Rücksicht auf den Mangel initialer Entzündungserscheinungen, die bei einigen seiner Patienten im Beginn der Erkrankung konstatierten Neuralgien der unteren Extremitäten, das bilaterale und symmetrische Auftreten der Dermatose als Angioneurose auffassen. Er nimmt an, dafs wohl Störungen vasomotorisch-trophischer Natur für das Zustandekommen des Leidens verantwortlich gemacht werden können.

Soviel zur Orientierung über dieses von Majocchi beschriebene Krankheitsbild. Die Durchsicht der Fachliteratur auf einschlägige Beobachtungen ergab ein völlig negatives Resultat. Die Fälle von Majocchi stehen, wie es scheint, ganz vereinzelt da. Ich konnte weitere Berichte über ähnliche Krankheitsformen nicht finden.

Vor ungefähr anderthalb Jahren, als der erste der weiter unten mitgeteilten Fälle in unsere Beobachtung kam, stellte ich denselben im April 1905 in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vor. Ich glaubte denselben den MAJOCCHIschen Fällen zurechnen zu dürfen. Seither kamen zwei weitere analoge Erkrankungen zur Beobachtung. Im folgenden gestatte ich mir, über diese drei Fälle zu berichten. Sie stimmen in manchen Punkten mit den Beobachtungen MAJOCCHIS überein, wenngleich auch manche und beachtenswerte Abweichungen von denselben zu konstatieren sind. Ich komme darauf später zurück.

Krankengeschichten.

(Für die Aufnahme der internen Befunde bin ich den Herren der Klinik v. SCHRÖTTER, insonderheit Herrn Dr. WEINBERGER, sehr zu Dank verpflichtet.)

Fall I. (Journal Nr. 8705.) F. H., 18 Jahre alt, Setzerlehrling, suchte am 31. März 1905 wegen seines Hautleidens unsere Klinik auf.

Anamnese: Die Flecken an den Extremitäten bestehen seit ungefähr zwei Monaten. Sie traten zuerst an den unteren Extremitäten auf. Seit zwei bis drei Wochen klagt Patient über leicht ziehende Schmerzen in beiden Knie- und Handgelenken. Die Flecken belästigen den Kranken gar nicht. Irgendwelche wahrnehmbare Sensationen gingen ihrem Auftreten nicht voraus.

Patient war angeblich immer gesund, Potus und Lues werden negiert. Anhaltspunkte, welche für eine hereditäre Belastung in irgend einem Sinne sprächen, lassen sich nicht gewinnen.

Status praesens: Innere Organe völlig normal. Reflexe leicht gesteigert. Tonometer: 115. Blutbefund: Hämoglobingehalt 85 (FLEISCHL). Rote Blutkörperchen 5560000, weiße 4000. Laryngologischer Befund: Pharyngitis, Rhinitis hypertrophicans, Reste von adenoiden Vegetationen. Der lymphoide Apparat am Zungengrund ist nicht hyperplastisch.

Hautbefund.

Die Affektion ist nur an der Haut der oberen und unteren Extremitäten wahrnehmbar. Es finden sich am reichlichsten an der Streckfläche der unteren Extremitäten, meist kreuzer- bis talergroße Herde, in deren Bereich die Haut einen blaßbräunlichen Farbenton aufweist. Die Herde haben annähernd Kreisform, eine ganz scharfe Abgrenzung gegen die umgebende normale Haut ist nicht nachweisbar. Die Grenze wird entweder durch ein Ausklingen des gelbbraunen Farbentones gebildet, oder durch das meist randständige Vorkommen kleinster, höchstens stecknadelkopfgroßer intensiv oder braunroter Pünktchen, die distinkt, bisweilen aber in kleinen Anhäufungen stehen und das pigmentierte Terrain an manchen Stellen um geringes überschreiten. Diese Pünktchen behalten bei Finger- oder Glasdruck ihren Farbenton bei — es handelt sich demnach um kleinste Hämorrhagien. Dieselben kommen in spärlicherer Zahl auch in den zentralen Anteilen der gelbbraunen Plaques vor, finden sich jedoch, wie erwähnt, in deren Peripherie gehäuft vor. Das Zentrum der Herde zeigt bisweilen einen helleren, mehr gelblichen Farbenton, jedoch keine Atrophie, keinen Mangel an Haaren.

An der Streckfläche des rechten Oberschenkels finden sich zwei derartige Plaques von etwa Kronengröße, der eine an der unteren Grenze des oberen, der andere an der unteren Grenze des unteren Drittels, beide ungefähr in der Mitte

der vorderen Fläche gelegen. Am linken Oberschenkel liegt ein guldenstückgroſser Herd an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel mehr nach einwärts zu. Ein gleich groſser Fleck ist über der rechten Tibia, etwa in deren Mitte, situiert, während zwei kleinere an der Aufsenfläche der rechten Wade bemerkbar sind. Kleinere, heller- bis 20 hellerstückgroſse Flecke finden sich innen am linken Knie, ein kronengroſser an der Innenfläche der linken Wade. An der Beugefläche der unteren Extremitäten befinden sich nur drei Herde. Ein sehr schwach pigmentierter, fast keine Hämorrhagien mehr aufweisender, handtellergroſser Plaque in der Mitte der linken, ein kleinerer, über talergroſser in der Mitte des rechten Oberschenkels und einer von der Form und Gröſse einer Kinderniere in der Mitte der linken Wade. An den oberen Extremitäten finden sich je drei annähernd symmetrisch gelegene kreuzer- bis kronengroſse Flecke in einer Reihe von der Cubita bis zur Grenze der oberen Hälfte der Beugefläche der Vorderarme situiert. Auch diese Plaques zeigen nur mehr eine ganz blasse gelbliche Verfärbung, keine Durchsetzung mit punktförmigen Hämorrhagien. An den kleinsten Flecken, welche an der Innenfläche des linken Knies gelegen sind, ist die Kreisform nur sehr undeutlich, die diffuse Pigmentierung noch kaum wahrnehmbar, die Zahl der kleinen Blutaustritte jedoch groſs, ihre Farbe recht intensiv. Irgendwelche Anhaltspunkte für das Vorhandensein kleiner Teleangiektasien konnten klinisch nicht gefunden werden.

Kein Dermographismus.

Aus dem Dekursus: 13. April. An beiden Oberschenkeln traten auf der Streckfläche vereinzelt linsengroſse Flecke auf, die keine Pigmentierung aufwiesen, sondern nur aus kleinen Gruppen punktförmiger, ziemlich hellroter Fleckchen bestanden, die unter Fingerdruck ihre Farbe beibehielten.

16. April. Die Flecken vergröſserten sich etwas durch Auftreten neuer Hämorrhagien in der Umgebung, sie zeigen nicht deutliche orbikuläre Formen. Das Zentrum zeigt einen Übergang des ursprünglich sattroten Kolorites in Braunrot.

Die alten Flecke zeigen überall Abblassen, manche sind fast ganz geschwunden. Die anfangs satt- oder braunroten Fleckchen (Hämorrhagien) sind blasser, mehr verschwommen, an manchen Stellen in die diffuse Pigmentierung augenscheinlich aufgegangen.

18. April. Am linken Knie einige neue Fleckchen (analog den oben beschriebenen).

20. April. Patient wird auf eigenes Verlangen entlassen.

Die während des Spitalaufenthalts aufgetretenen Flecke haben sich nicht mehr vergröſsert. Sie zeigen im Zentrum einen diffus gelblichen Farbenton, an der Peripherie ziemlich reichlich punktförmige Hämorrhagien. Dieselben sind im Zentrum sehr spärlich, haben oft einen mehr bräunlichen Farbenton. Die bei der Aufnahme konstatierten Flecke sind alle sehr abgeblaſst, punktförmige Hämorrhagien sind in ihrem Bereich nur sehr spärlich zu sehen. An manchen Stellen zeigt die gelblich verfärbte Haut der Flecke einen matten, seidenartigen Glanz ohne deutliche Zeichen von Atrophie oder Haarlosigkeit.

Im Juli 1906 stellte sich mir Patient auf mein Ersuchen wieder vor. Er gab an, im Januar dieses Jahres wieder vereinzelte Flecke bekommen zu haben, sie seien jedoch nach längerem Bestande wieder völlig geschwunden, hätten ihn nicht belästigt, weshalb er Spitalshilfe nicht in Anspruch nahm. Die Besichtigung der Haut zeigte, daſs alle Erscheinungen geschwunden waren. Weder von der ersten Eruption vor anderthalb Jahren noch von der vor einem halben Jahre stattgefundenen sind klinisch nachweisbare Veränderungen zurückgeblieben. Einzig am linken Vorderarm, nahe dem Ellenbogengelenk fand sich eine etwa guldenstückgroſse Hautstelle, die einen

leicht gelblichen Farbenton und bei seitlicher Betrachtung einen seidenartigen, schwachen Glanz aufwies. Patient fühlt sich vollkommen wohl und geht seiner Arbeit nach.

Fall II. (Protokoll Nr. 191.) W. A., 20 Jahre alt, Hilfsarbeitersgattin, trat am 21. Juni 1906 in die Klinik ein.

Anamnese: Die Mutter der Patientin ist an einem Herzleiden gestorben, der Vater und vier Geschwister leben und sind gesund. Patientin erinnert sich nicht, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben. Auch später war sie immer gesund, bis sie vor einem Jahre Lues acquirierte. Sie wurde wegen Papeln im Mund und am Genitale im August 1905 mit 30 Einreibungen, im April 1906 mit 6 Salicylquecksilberinjektionen behandelt.

Die Hautaffektion besteht bei der Kranken seit angeblich zwei Monaten. Seit dieser Zeit fühlt sie sich matt und schwach. Im letzten Jahre hat sie angeblich 6 kg an Gewicht verloren. In letzter Zeit stellten sich Schmerzen im Hinterhaupt, Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen und Sausen im rechten Ohr ein. Herzklopfen hatte Patientin nie, der Appetit war stets gut, der Stuhlgang regelmäfsig, die ersten Menses traten im Alter von 16 Jahren auf. Die Menstruation ist regelmäfsig, ziemlich stark, drei Tage während. Kein Partus, kein Abortus, Potus negiert.

Das Hautleiden begann mit der Bildung von Flecken, die „in der Mitte gelb, ringsherum rot punktiert" waren. Diese Flecken waren anfangs reichlicher als derzeit, sie safsen nur an den unteren Extremitäten. Vor dem Erscheinen des Ausschlages bestanden angeblich leichte Gelenkschmerzen in den Beinen. Der Ausschlag selbst belästigte Patientin weder bei seinem Auftreten noch während seines Bestandes. Patientin suchte das Spital wegen der gegenwärtig bestehenden luetischen Symptome auf.

Status praesens: Herzspitzenstofs innerhalb der Mammillarlinie, Dämpfung bis an den linken Sternalrand reichend, Basis an der IV. Rippe. Töne rein. Leber und Milz nicht vergröfsert, Lungenschall hell und voll. Atmungsgeräusch vesikulär. Abdominalorgane normal. Im Harn keine pathologischen Bestandteile, Blutbefund normal.

Die Gesichtsnerven sind frei, die Pupillen mittelweit, beiderseits gleich, gut reagierend. Aktive Beweglichkeit in allen Gelenken vorhanden. Kein Intentionszittern, kein Tremor. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt die Patientin ein wenig (Rombergsches Symptom). Keine Störungen der Sensibilität, alle Reflexe vorhanden, normal. Schmerzen in den Gelenken bestehen derzeit nicht. Keine Temperatursteigerung.

Hautbefund.

Papulae diphtheriticae in arcu palatoglosso utroque.

Leukoderma nuchae modicum.

Maculae maiores pallidae in cute trunci et extremitatum superiorum.

Cervicitis cum erosione cervicis.

Lingua geographica.

Die nicht luetische Hautaffektion betrifft nur die beiden unteren Extremitäten. Einzig unter beiden Hängebrüsten finden sich in streifenförmiger Anordnung kleinste Pünktchen, links braunrot, rechts heller rot, die unter Fingerdruck ihr Kolorit beibehalten. An der Hinterfläche beider unteren Extremitäten, am reichlichsten in der linken Kniekehle (siehe Tafel I) und an den nach oben und unten angrenzenden Hautpartien sieht man teils unscharf begrenzte gelbliche Pigmentierungen, die diffus auf etwa handtellergrofse Flächen ausgebreitet sind, teils kleinere Herde darstellen. Diese sind annähernd kreisrund oder oval, erreichen die Gröfse einer Bohne oder eines 20 Hellerstückes. Ein gröfserer derartiger Fleck von ovaler Gestalt

mifst etwa 7 cm in der Länge, 3 cm in der Breite und ist nach oben und einwärts in der Kniekehle situiert. Die Flecke sind oft nicht sehr scharf begrenzt, sie zeigen meist ein blafsgelbbraun pigmentiertes Zentrum und am Rande punktförmige satt, blau- oder braunrote Fleckchen, die unter Glas- oder Fingerdruck nicht abblassen (Hämorrhagien). Die Fleckchen finden sich aber nicht nur an der Peripherie der Herde, sondern auch, allerdings meist in geringerer Zahl, in deren Zentrum. Die Grenze der Herde gegen die normale Haut ist, wie erwähnt, nicht eine scharfe Linie; sie wird vielmehr an manchen Stellen durch die genannten in kleinsten Häufchen oder isoliert stehenden roten Pünktchen gebildet, an manchen Stellen klingt die den Fleck einnehmende gelbbraune Pigmentierung ziemlich allmählich aus. Bisweilen sieht man eine kleine Gruppe roter Fleckchen, die nicht miteinander konfluieren und deren Terrain keine diffuse Pigmentierung erkennen läfst. An manchen Flecken sind die roten Punkte reichlicher, an manchen spärlicher, bisweilen finden sich an ihrer Stelle kaum sichtbare bräunliche Pünktchen — an alten Herden ist nur mehr eine diffuse bräunliche Verfärbung wahrnehmbar, eine Zusammensetzung aus circumskripten Veränderungen nicht mehr zu erkennen. Derartige Plaques finden sich an den Seitenflächen beider Nates — sie zeigen daselbst bisweilen auch Streifenform, nicht blos kreisförmige oder ovale Gestalt. An der Streckfläche des linken Unterschenkels über der Tibia, den untersten Teil deren oberen Hälfte einnehmend, findet sich ein fünfkronenstückgrofser, annähend kreisrunder pigmentierter Herd, der an der medialwärts gelegenen Grenze noch distinkt stehende, peripher situierte blau- und braunrote Pünktchen zeigt. Ähnliche, aber minder scharf begrenzte Herde von gleicher Gröfse finden sich unterhalb des rechten Knies, nach einwärts von der Tibia und unterhalb dieses an der Innenfläche der rechten Wade. Distinkt und ziemlich dichtstehende kleinste Hämorrhagien finden sich an der Innenfläche des rechten Oberschenkels, in dessen oberem Viertel. Von hier nach abwärts stehen etwa kreuzergrofse, pigmentierte, unscharf begrenzte Herde, innerhalb deren die Pünktchen nicht mehr deutlich zu erkennen sind. Ebensolche Herde finden sich unter dem rechten Knie, an der Aufsenfläche des rechten Unterschenkels und linken Oberschenkels, daselbst etwas gröfser und in den nahe dem Kniegelenk liegenden Anteilen, von punktförmigen Hämorrhagien spärlich durchsetzt.

Kein Dermographismus.

Aus dem Decursus: Nach zwei ganzen Hg-salicyl. Injektionen ist das luetische Exanthem abgeblafst; die Papeln sind geschwunden.

2. Juli. Die Hautaffektion der Unterschenkel zeigt keine wesentlichen Veränderungen. Die punktförmigen Hämorrhagien sind braunrot, spärlicher. Neue Flecke traten nicht auf.

9. Juli. Manche Flecke zeigen blässeres Kolorit, die Pünktchen sind spärlicher, manche schwinden mit Hinterlassung nicht mehr so scharf umschriebener Pigmentierung.

14. Juli. Patientin wird auf eigenes Verlangen geheilt entlassen. Sie erhielt im ganzen vier ganze Hg-salicyl. Injektionen. Die luetischen Symptome sind geschwunden.

Das nicht luetische Exanthem ist stark abgeblafst. Die pigmentierten Herde sind lichter und weniger umschrieben, an Stelle der roten Hämorrhagien finden sich noch hier und da bräunliche Pünktchen vor. Patientin brachte fast die ganze Zeit ihres Spitalaufenthalts im Bette zu.

Fall III. S. J., 19 Jahre alt, Kommis, suchte wegen seines Hautleidens am 3. Juli 1906 das Ambulatorium der Klinik auf.

Anamnese: Der Vater des Patienten lebt und ist gesund, die Mutter hat an-

geblich ein Unterleibsleiden. Ein Bruder des Patienten starb im Alter von 2½ Jahren an Meningitis, eine Schwester ist 24 Jahre alt, lebt und ist gesund. Patient war zweimal (mit fünf und acht Jahren) wegen Skrophulose in einem Seehospiz. Von Kinderkrankheiten hat Patient nur Masern durchgemacht. Seit langer Zeit bemerkt der Kranke, daſs er beim Stiegensteigen, bei verschiedenen Anstrengungen starkes Herzklopfen bekomme und an Atemnot leide. Diesen Beschwerden gesellen sich stechende Schmerzen in der Regio epigastrica und im Kreuz zu. Der Appetit ist normal, der Stuhlgang unregelmäſsig. Potus und venerische Affektionen negiert.

Das Hautleiden begann vor zwei Monaten. Es zeigten sich zuerst an den Ober-, dann an den Unterschenkeln und beiden Armen Flecke von etwas lichterer Farbe als gegenwärtig, doch waren sie nie hellrot. Rheumatoide Schmerzen, Unwohlsein, Mattigkeit gingen dem Auftreten des Exanthems nicht voraus. Die Flecke belästigten den Patienten anfangs gar nicht. Derzeit macht sich an den Oberschenkeln leichtes Jucken bemerkbar. In letzter Zeit stellten sich leichte Muskelschmerzen ein.

Status praesens: Mäſsige Blässe der Hautdecke, mäſsige Vergröſserung beider Lappen, der Schilddrüse, keine Drüsenschwellung am Halse, in den Axillen. Die Inguinaldrüsen sind klein, weich, bis haselnuſsgroſs. Kein Ödem der unteren Extremitäten, keine Gelenkschmerzen.

An der Herzspitze ist ein kurzes, rauhes, systolisches Geräusch und ein gespaltener zweiter Ton wahrnehmbar; der zweite Pulmonalton ist deutlich akzentuiert. Der Spitzenstoſs ist etwas verstärkt, liegt im fünften Interkostalraum, 1½ Querfinger breit auſserhalb der Mammillarlinie. Die pulsatorische Erschütterung des Herzens betrifft die ganze Herzgegend. Insufficienz der Mithralis. Die Herzdämpfung ist nicht wesentlich vergröſsert, sie reicht bis an den linken Sternalrand. Die Basis liegt an der dritten Rippe und ist drei Querfinger breit.

Die Lungengrenze steht rechts vorne in der Mammillarlinie an der sechsten Rippe, hinten beiderseits handbreit unter der Scapula. An den Lungenspitzen beiderseits sowohl hinten als vorne heller und voller Schall, vesikuläres Atmungsgeräusch. In den unteren Partien ist dieses verschärft. Leber, Milz, Abdominalorgane normal. Im Harn keine pathologischen Bestandteile. Das gefärbte Blutpräparat ergibt normale Formverhältnisse. Nervenbefund normal. Keine Temperatursteigerung.

Hautbefund.

Rechte obere Extremität: In der Cubita (siehe Tafel II) eine fünfkronenstückgroſse, annähernd kreisförmige Hautstelle, die im Zentrum in etwa zehnhellerstückgroſser Ausdehnung ein leicht schiefergraues Kolorit zeigt. Um dieses Zentrum legt sich ein etwa 1 cm breiter Ring, dessen bräunliche Färbung in die zentral mehr grau gefärbte allmählich übergeht. In diese bräunliche, ringförmige Zone sind kleinste, punktförmige, sattrote, auf Druck nicht abblassende Fleckchen (Hämorrhagien) in mäſsig reichlicher Zahl eingesprengt. Vereinzelte solche sind auch im zentralen Anteil zu sehen, der weder Zeichen von Atrophie noch Lanugohaarlosigkeit zeigt.

Die punktförmigen Hämorrhagien konfluieren nicht, sie stehen distinkt, bisweilen in kleinen Häufchen, und überragen medial vorderarmwärts das pigmentierte Terrain. Am oberen äuſseren Rand des Plaques findet sich ein unscharf begrenztes, zartrotes, über hanfkorngroſses Knötchen, das auf Druck abblaſst. Nahe dem Condyl. intern. ein etwa bohnenförmiger, ziemlich unscharf begrenzter Fleck, der aus kleinsten braunen Pünktchen zusammengesetzt erscheint. Ähnliche solcher, gröſsere und kleinere, meist auch von roten Pünktchen durchsetzte Flecke stehen an der Beugefläche, spärlicher an der Streckfläche des Vorderarmes. Einer, etwa 3 cm lang, oben 2, unten 1 cm breit, findet sich in der Mitte des Vorderarmes, an dessen Beugefläche.

An der linken oberen Extremität finden sich analoge Veränderungen wie an der rechten, jedoch in wesentlich geringerem Grade. Die Flecke sind spärlicher und kleiner, mitunter sieht man nur diffuse bräunliche, verschieden gestaltete Pigmentierungen. Doch finden sich auch hier, oft am Rande der Herde, die punktförmigen Hämorrhagien vor.

Es besteht kein Dermographismus.

Rechte untere Extremität: An der Beugefläche, besonders in der Kniekehle, finden sich einzelne bis guldenstückgroſse und viele kleinere Herde, sowohl am Oberschenkel, an den Nates, wie an der Wade. Alle zeigen einen gelbbräunlichen Farbenton und am Rande, oft auch im Zentrum, die punktförmigen Hämorrhagien. Die Herde sind meist nicht scharf kreisförmig, ihre Grenzen sehen vielmehr an manchen Stellen wie ausgezackt aus. Die Pigmentierung geht unscharf in das Kolorit der normalen Haut über, an manchen Stellen überschreiten die Hämorrhagien das pigmentierte Terrain. An der Streckfläche erreichen die Plaques Kronenstückgröſse. Sie überschreiten nach oben das Poupartsche Band, nach unten das Fuſsgelenk nicht. An der linken unteren Extremität und ad nates kommen ähnliche Flecke vor. An der Innenfläche des Oberschenkels haben sie Streifenform, sind 2—3 cm lang und etwa $^1/_2$—1 cm breit.

Aus dem Dekursus: Patient stellte sich etwa alle drei bis vier Tage im Ambulatorium vor. Das Krankheitsbild blieb ziemlich stationär. Bisweilen traten an den oberen oder unteren Extremitäten neue punktförmige Hämorrhagien in kleinsten Häufchen und Gruppen auf, die im Verlauf von acht bis zehn Tagen eine Farbenwandlung vom Sattrot ins Gelbbraune durchmachten. Allmählich schwanden dann die distinkten pigmentierten Pünktchen und es resultierte davon eine diffuse, gelblichbraune, unscharf begrenzte Verfärbung. An den alten Herden machten sich ähnliche Veränderungen bemerkbar. Die anfangs satt-, blau- oder braunroten Hämorrhagien wurden braun, bräunlichgelb, allmählich blasser und nicht mehr so scharf distinkt, es machte den Eindruck, als flössen sie auseinander und erzeugten so die blaſsbraunen, diffusen Pigmentierungen. Diese wurden bei längerem Bestand ebenfalls lichter und weniger scharf begrenzt. In letzter Zeit bemerkte Patient am rechten Vorderarm einige neue Flecke. Im groſsen und ganzen ist jedoch eine Abnahme, ein allmähliches Schwinden der Hautveränderungen zu konstatieren.

Histologischer Befund.

Zur mikroskopischen Untersuchung gelangte ein kleiner, junger, an den Nates gelegener Herd von Fall III. Klinisch konnten an demselben nur die punktförmigen, bläulichroten Pünktchen, die unter Druck ihren Farbenton beibehielten, konstatiert werden. Eine gelbliche diffuse Pigmentierung des befallenen Hautbezirkes bestand nicht, die einzelnen Pünktchen zeigten noch rote Farbe, keine Umwandlung in Pigment. Das exzidierte Hautstückchen wurde in Müllerscher Flüssigkeit fixiert, in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet. Die Dicke der Schnitte beträgt 7 μ. Es wurden folgende Färbungen ausgeführt: Hämalaun-Eosin, Alaunkarmin und die Weigertsche Färbung für elastische Fasern. Das Ergebnis der Untersuchung war folgendes:

Die Hornschichte ist zart und schmächtig, die Kerne der Hornzellen sind nicht tingiert, das Stratum granulosum ist erhalten. Das Rete Malpighi ist schmal, die Retezapfen sind lang und schmächtig. Die Basalzellen sind überall deutlich ausgebildet und normal. Die Drüsen weisen ebenfalls normale Verhältnisse auf, die Haare und Follikel zeigen keine Abweichungen von der Norm, ebensowenig das kollagene Gewebe und die elastischen Elemente. Pathologische Veränderungen finden sich einzig an den Gefäſsen der papillaren und subpapillaren Schicht und in der Um-

gebung dieser Gefäfse. Die Kapillarschlingen des Kapillarkörpers sind auffallend erweitert, von Blut strotzend. An vielen Stellen kann man die vom subpapillaren Gefäfsnetz aufsteigenden Äste in ihrer ganzen Ausdehnung übersehen. Auch sie zeigen die gleichen Veränderungen: Dilatation und pralle Blutfüllung. Die gröfseren und kleineren Gefäfse der subpapillaren Schicht sind sämtlich in gleicher Weise verändert. Überall zeigen sich starke Gefäfsektasien und reichliche Füllung der erweiterten Blutgefäfse. Sowohl an den vom subpapillaren Gefäfsnetz aufsteigenden Schenkeln, als auch ganz besonders an den subpapillaren Gefäfszügen selbst ist eine mäfsige Einscheidung durch Rundzellen zu bemerken. Hie und da finden sich neben den Leukocyten auch spindelige Zellen vor (gewucherte adventitielle Bindegewebselemente?). Neben diesen sicher nicht hochgradigen Ansammlungen von Rundzellen um die Gefäfse finden sich vereinzelt an manchen Stellen Ansammlungen ausgetretener roter Blutkörperchen, die in kleineren oder gröfseren Häufchen frei im Gewebe liegen. Die Zahl ist eine beschränkte, ihre Lagerung eine lockere, welch letzterer Umstand speziell mit grofser Wahrscheinlichkeit für eine stattgefundene Diapedese und gegen die Annahme einer Rhexis zu sprechen scheint. Bei den älteren Plaques dürfte sich die blafsbräunliche Farbe aus der allmählichen Ablagerung von Blutfarbstoff erklären. In gleicher Weise die Farbveränderung der einzelnen punktförmigen Fleckchen, von denen manche die sattrote Farbe beibehalten, während andere allmählich bräunliche Töne annehmen. Bei diesen dürfte es eben zu etwas reichlicherem Austritt von roten Blutkörperchen gekommen sein. Bezüglich der Verteilung, der Lokalisation der von der Veränderung befallenen Gefäfse läfst sich irgendeine Distinktion nicht bemerken. Es ist fast jede Kapillarschlinge, jeder subpapillar gelegene Gefäfsanteil dilatiert und strotzt von Blut, die die Follikel und Drüsen umgebenden Gefäfse zeigen dieselben und keine höhergradigen Veränderungen als die in der Entfernung dieser Gebilde gelegenen Blutgefäfse. In der Subcutis zeigen die Gefäfse normale Verhältnisse, nur hier und da ist in den der subpapillaren Schicht näherliegenden Anteilen noch eine unbedeutende Ektasie und geringfügiger Blutaustritt zu bemerken.

Vergleichen wir nun unsere klinischen und histologischen Befunde mit denen Majocchis, so ergibt sich aus diesem Vergleiche so viel Übereinstimmendes, dafs wir uns wohl zu dem Schlusse berechtigt fühlen, wir hätten es mit dem gleichen Krankheitsbilde zu tun. Die nicht gerade wesentlichen Abweichungen vom Majocchischen Typus, auf die wir noch zu sprechen kommen, berechtigen gewifs nicht zur Annahme einer essentiellen Verschiedenheit, im Gegenteil sind sie nur geeignet, das Krankheitsbild zu vervollständigen, vielleicht in gewissem Sinne zu korrigieren. Eine vollständige Übereinstimmung der Befunde ist ja von vornherein bei einem so wenig gekannten Krankheitsprozefs gar nicht zu erwarten, und es wäre die Aufstellung eines neuen Krankheitstypus auf der Basis der Beobachtung von fünf, nach Hinzuzählung meiner drei Beobachtungen von acht Fällen, kaum zu entschuldigen, wenn sie nicht doch in der Eigenartigkeit und Typizität der Befunde ihre Berechtigung fände.

Die von mir beobachteten Fälle stimmen mit denen von Majocchi in den sechs ersten von den sieben Punkten überein, welche Majocchi als

für die Erkrankung charakteristisch aufstellt. (Dieselben wurden von mir am Anfang dieser Publikation zitiert.) Als geringfügige Abweichungen sind zu vermerken:

ad 1. Dafs ein Zusammenhang mit den Haarfollikeln nicht konstatiert werden konnte. (MAJOCCHI schreibt übrigens auch nur von „gewöhnlich" deutlichem Zusammenhang.)

ad 3. Wenn wir auch deutliche Ringformen bemerken konnten, beobachteten wir oftmals auch irreguläre, nicht scharf figurierte Flecke, bisweilen deutliche Streifenform. Der Mangel der Ringform wurde übrigens auch von MAJOCCHI konstatiert. In Fall III fanden sich an den Seiten des Stammes und Rückens Flecke, die nicht den Charakter der Ringform angenommen hatten.

ad 4. Symmetrische Anordnung konnten wir nur in unserem ersten Fall und hier nur an den oberen Extremitäten wahrnehmen. MAJOCCHI konnte sie nur im dritten Fall seiner Beobachtung mit besonderer Deutlichkeit konstatieren.

Als wesentlichste Abweichung unserer Beobachtungen von denen MAJOCCHIS ist das Fehlen der von ihm in Punkt 7 geforderten Atrophie und Achromie zu bezeichnen. Wenn er dieselben auch blofs als „leichte" bezeichnet, so konnten wir dennoch auch in den ältesten Plaques eine derartige Veränderung nicht konstatieren. Der leichte Glanz, den wir an der Haut eines abgeheilten Plaques bei unserem ersten Patienten verzeichneten, berechtigt wohl noch nicht zur Annahme einer Atrophie, zumal die Haut sonst keine Zeichen aufwies, welche nach dieser Richtung irgendwie verwertet werden konnten. Wir sahen keine Verschmächtigung, keinen Haarmangel, die Follikel waren sichtbar und erhalten. Wir hatten leider keine Gelegenheit, an einem älteren Plaque eine histologische Untersuchung auszuführen. Übrigens erscheint die Annahme atrophischer Vorgänge als Folgen der geringfügigen Bindegewebswucherung und spärlichen Rundzelleninfiltration, die wir im Präparat des jungen exzidierten Herdes vorfanden, immerhin etwas gezwungen.

Eine deutliche Achromie konnten wir gleichfalls nicht konstatieren. Im Gegenteil fielen uns auch die älteren Plaques immer durch ihre allerdings zarte gelbliche oder blafsbräunliche Pigmentierung auf, die erst allmählich schwand und schliefslich normaler Hautfarbe wich. Wir konnten dies mit Sicherheit an unserem ersten Patienten konstatieren, der sich uns nach Verlauf von $1^1/_2$ Jahren vorstellte.

Von diesen bedeutenderen Abweichungen abgesehen, zeigen unsere Beobachtungen mit denen MAJOCCHIS so viel Übereinstimmung in klinischer und histologischer Beziehung, dafs es nicht gerechtfertigt erschiene, ihnen eine Sonderstellung zuzuweisen. Es wäre allerdings dankenswerter gewesen, wenn MAJOCCHI statt der histologischen Abbildungen Reproduktionen

des klinischen Bildes gegeben hätte — es wäre dann eine Einigung in klinischer Hinsicht sozusagen auf den ersten Blick möglich gewesen. Aufserdem sind die makroskopischen Nuancen des in Rede stehenden Krankheitsbildes viel zarter als die histologischen Veränderungen, die ja ins Auge springen und daher mit beschreibenden Worten leicht verständlich gemacht werden können, wogegen bei der Beschreibung eines klinischen Bildes der subjektiven Empfindung des Beschauers ein naturgemäfs weiter Spielraum bleibt. Übrigens will mir bei einem völlig neuen Krankheitsbild dessen klinische Eigenart zunächst wohl am wichtigsten erscheinen. Zur Ausfüllung dieser Lücke sind die beiden Tafeln beigegeben.

Bezüglich der Ätiologie der Krankheit überschreiten unsere Kenntnisse das Gebiet der Vermutung kaum. Die Nebenbefunde, welche sich bei unseren Kranken vorfanden, sind nicht danach angetan, in ätiologischer Hinsicht irgend ein Licht zu verbreiten. Bei dem ersten Patienten fanden sich neben chronisch entzündlichen Veränderungen im Nasenrachenraum etwas gesteigerte Reflexe. Die zweite Patientin hatte gleichzeitig Syphilis, deren Erscheinungen auf eine antiluetische Kur prompt zurückgingen, während die Purpuraerscheinungen gänzlich unbeeinflufst blieben. An irgend einen Zusammenhang der beiden Affektionen kann nicht gedacht werden — schon der histologische Befund schliefst eine derartige Vermutung aus. Ebensowenig kann dem bei unserem dritten Patienten konstatierten Herzfehler (völlig kompensierte Mitralinsuffizienz) irgend eine ätiologische Rolle zugeschrieben werden. Für die Annahme toxischer oder autotoxischer Natur der Erkrankung fehlt jeder Anhaltspunkt. Dieselbe in die Gruppe der rheumatischen Purpuraerkrankungen einzureihen, geht einerseits wegen des Mangels typischer rheumatoider Erscheinungen, andererseits wegen des klinischen Verlaufes nicht an. Schon MAJOCCHI macht bei der in Rede stehenden Affektion auf das Fehlen plötzlicher, paroxysmenartiger Ausbrüche aufmerksam. Aufserdem spricht der mikroskopische Befund mit Klarheit gegen die Zugehörigkeit des Leidens zur Gruppe der echten Purpura. Es dominieren im histologischen Bild die Teleangiektasien, nicht die Hämorrhagien. Die Gefäfserweiterungen, nicht die Blutaustritte sind für die Affektion charakteristisch. Die Bezeichnung „Purpura" verdankt dieselbe blofs ihrem klinischen Aussehen. Es besteht eigentlich zwischen diesem klinischen Aspekt und dem mikroskopischen Befund eine Disharmonie, auf die, meines Erachtens, MAJOCCHI nicht deutlich genug hingewiesen hat. Wir sind es gewohnt, in der klinischen Diagnostik der Dermatologie Flecke, deren Farbe augenscheinlich durch reichliche Blutansammlung bedingt ist, als Hämorrhagien, Petechien, Vibries usw. zu bezeichnen — wenn sie unter Glas- oder Fingerdruck keine Gröfsen- oder Farbenveränderung aufweisen. (Aus diesem Grunde wurde in den oben mitgeteilten Kranken-

geschichten auch der Ausdruck „Hämorrhagie“ mit Absicht beibehalten.) Die histologische Untersuchung unseres Falles lehrt nun, dafs wir mit der Bezeichnung „Hämorrhagie“ zu freigebig sind. Auch bei dem von uns exzidierten Hautstückchen konnte in vivo das Erhaltenbleiben der Farbe und Gröfse der einzelnen roten Pünktchen unter Glas- und Fingerdruck mit Sicherheit konstatiert werden. Die Lupenbetrachtung, die Majocchi die Unterscheidung von Teleangiektasie und Hämorrhagie angeblich ermöglichte, lehrte uns in unseren Fällen nichts. Erst das mikroskopische Bild klärte auf. Die Farbenveränderungen konnten nur auf die Teleangiektasien, nicht aber auf die so sehr spärlichen Austritte roter Blutkörperchen bezogen werden. Trotzdem schwanden die Flecke bei mechanischer, d. h. durch Druck hervorgerufener Anämisierung nicht. Dieses merkwürdige Verhalten hat vielleicht darin seinen Grund, dafs der Finger- resp. Glasdruck zur Anämisierung kapillarer und präkapillarer Teleangiektasien — und blofs um solche handelt es sich ja in unseren Fällen — möglicherweise nicht ausreicht. Ich behalte mir vor, auf diesen merkwürdigen, meines Wissens bisher unbekannten Umstand später eventuell näher einzugehen.

Die Annahme Majocchis, dafs dem Krankheitsprozefs vasomotorisch-trophische Störungen zugrunde liegen, scheint mir nun aus dem Ergebnis eines Versuches, den ich an den beiden letzten unserer Patienten angestellt habe, recht plausibel. Kratzt man nämlich die Haut eines derartigen Individuums ganz leicht mit dem Nagel oder mit einem stumpfen Instrument, etwa einer Holzmundspatel, so stellen sich an den betroffenen Hautpartien auffallend rasch — schon nach einigen mäfsigen Kratzern und Zügen — kleinste, hellrote, höchstens stecknadelkopfgrofse Pünktchen ein, die bei nachfolgender Anämisierung nicht mehr abblassen. Sie haben mit den kleinsten, meist am Rande der Plaques unseres Krankheitsbildes situierten Fleckchen eine so grofse Ähnlichkeit, dafs sie von ihnen nicht unterschieden werden können. Sie gleichen ihnen an Farbe, Gröfse und in der Tatsache, dafs sie durch Anämisierung nicht zum Schwinden zu bringen sind, vollkommen. Aufserdem ist noch zu bemerken, dafs sie sowohl an normaler Haut der von dem Leiden befallenen Patienten wie innerhalb der erkrankten Partien auf die oben angedeutete Weise erzeugt werden können. Ein Teil derselben, die kleinsten, schwindet nach Verlauf von Stunden und Tagen, während andere bestehen bleiben und dann in derselben Weise wie die spontan (?) entstandenen die Farbenwandlungen im Braunrot und Gelblichbraun durchmachen. Obgleich ich nun nicht in der Lage war, derartig künstlich erzeugte Flecke histologisch zu untersuchen, halte ich mich dennoch für berechtigt, sie für Teleangiektasien und nicht für Hämorrhagien anzusehen. Ich leite diese Berechtigung aus dem oben Gesagten, aus dem Ergebnis der histologischen

Untersuchung unseres Falles und den daraus zu ziehenden Schlüssen ab. Es ist nun jedoch zu bemerken, dafs wir das Phänomen der punktförmigen, unter Druck nicht abblassenden Fleckchen und Stippchen auch auf scheinbar normaler Haut anderer Personen provozieren können, doch bedarf es entschieden intensiverer mechanischer Insulte, als solche bei unseren Kranken notwendig waren. Es fiel mir aufserdem auf, dafs ich das Phänomen bei Kranken mit starker vasomotorischer Erregbarkeit, so z. B. bei einer Hysterischen leichter auszulösen imstande war als bei Individuen mit normaler Erregbarkeit. Nicht unerwähnt möge bei diesem Anlafs auch eine Beobachtung bleiben, die ich seinerzeit bei einer mit multipler neurotischer Gangrän behafteten Patientin machen konnte. Ich legte dieser Patientin anläfslich eines Aderlasses eine elastische Binde um den Oberarm. Bald nach Anlegung der Binde bemerkte ich am ganzen Arm der Kranken zahllose kleinste, rote Stippchen, welche genau dasselbe Aussehen hatten wie diejenigen, von denen ich eben berichtete. Ich legte der Erscheinung damals keine Bedeutung bei — heute ist mir der Vorgang vollkommen klar und eine willkommene Bestätigung für die Annahme der leichten Auslösbarkeit kapillarer Ektasien bei Individuen mit starker vasomotorischer Erregbarkeit. Für diese Patientin gilt das Gesagte ganz besonders — sie litt ja an multipler neurotischer Hautgangrän, dem höchsten Grade vasomotorisch-trophischer Hauterkrankung. Hervorzuheben für unsere hierher gehörigen Fälle ist der Mangel ausgesprochenen Dermographismus — er war übrigens auch bei der eben zitierten Kranken mit multipler Gangrän nicht deutlich. Die Untersuchung des Nervensystems ergab nur bei einem Patienten eine Steigerung der Reflexe. Freilich sprechen diese beiden Umstände nicht gegen die vasomotorisch-trophische Natur des Leidens.

Mit Rücksicht auf die Möglichkeit, durch geringfügige mechanische Insulte dem Krankheitsbild analoge Veränderungen hervorzurufen, möchte ich dem Trauma bei dem Zustandekommen desselben doch nicht jede ursächliche Rolle aberkennen, wie dies MAJOCCHI tut. Ich stelle mir vielmehr vor, dafs ganz geringfügige Insulte den Anstofs zur Bildung der Flecken geben. Dafür spricht schon ihre Lokalisation an den Extremitäten, also an Hautstellen, die traumatischen Einflüssen sicher in höherem Grade ausgesetzt sind als die mehr geschützten Hautpartien des Rumpfes. Sicher mufs aber zum Trauma noch ein zweites, eine Disposition, hinzukommen — und diese haben wir in der vasomotorisch-trophischen Erregbarkeit zu erblicken. Die Ringform könnten wir uns dann vielleicht in der Weise erklären, dafs die zentral zuerst erkrankten Partien auf ihre nächste Umgebung einen Reiz ausüben, der zur Bildung neuer Teleangiektasien in der nächsten Nachbarschaft genügt. Ich bin mir wohl bewufst, dafs ich mich mit dieser Annahme auf das Gebiet der Hypothese

begebe — sie erscheint mir jedoch u. a. auch deshalb wahrscheinlich, weil wir bei der Beobachtung eines „vasomotorischen Phänomens“ nach Applikation eines circumskripten Reizes auch annähernd Kreisform beobachten können.

Am Schlusse meiner Ausführungen sei es mir gestattet, das Krankheitsbild in kurzen Zügen zu rekapitulieren: Die Purpura annularis teleangiectodes ist eine Hautaffektion, welche mit der Bildung kleiner, sattroter Flecken an den Extremitäten beginnt. Bei genauer Betrachtung zeigte es sich, dafs diese Flecken durch das gehäufte Auftreten kleinster, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrofser Fleckchen von sattroter Farbe zustandekommen. Auf Glas- oder Fingerdruck verändern diese Fleckchen weder Farbe noch Gröfse. Bei längerem Bestande wachsen diese, aus den kleinen Pünktchen bestehenden Flecken an, bilden oft Ring- oder Streifenformen und zeigen dann ein blafsbräunlich tingiertes Zentrum und einen peripheren Ring satt- bis blau- und braunroter Pünktchen, von denen einige jedoch auch in den zentralen Anteilen erhalten bleiben oder neu auftreten können. Nach Verlauf von Monaten verschwinden diese Krankheitserscheinungen völlig und spurlos, doch können Rezidiven eintreten. Die Erkrankung belästigt die von ihr befallenen Individuen weder während der allmählichen Eruption noch während des Bestandes der Flecken.

Die anatomische Basis des Krankheitsprozesses bilden kleinste kapillare und präkapillare Ektasien, die von spärlichen Blutaustritten begleitet sind. Neben diesen Veränderungen findet sich eine sehr mäfsige Einscheidung der dilatierten Blutgefäfse durch Rundzellen vor; neben ihnen kommen vereinzelte spindelige Elemente vor, welche wahrscheinlich gewuchertes adventitielles Gewebe darstellen.

Die Affektion befällt sowohl das männliche wie das weibliche Geschlecht und scheint an ein bestimmtes Alter nicht gebunden zu sein, wenngleich sie im jüngeren Alter am häufigsten vorzukommen scheint.

Bezüglich der Ätiologie des Leidens scheint die Annahme einer vasomotorisch-trophischen Grundlage am plausibelsten; wenngleich kleinste Traumen die unmittelbare Veranlassung zur Entstehung der primären Veränderungen abzugeben scheinen, so genügen sie allein zur Erklärung der Veränderungen nicht, sondern es setzt die Affektion noch eine Disposition voraus — eine periphere, vasomotorisch-trophische Labilität.

Über eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut.

Von

Dr. E. Constantin,
Abteilungsvorstand

und M. Boyreau,
Interne der dermato-syphilitischen Klinik der Universität Toulouse. (Prof. Ch. Audry.)

Auf der unbehaarten Haut sind drei Formen von Favus bekannt: eine typische Form; der Favus erythemato-squamosus und der Favus herpeticus, der mit der Hauttrichophytiasis mehr oder weniger Ähnlichkeit hat. Alle diese drei Formen fanden sich bei einer Patientin, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten; daneben bestanden aber auch ganz anders geartete Elemente, wie sie beim Favus bis jetzt noch nicht beschrieben sind. Diese Elemente hatten einen ausgesprochen psoriasisähnlichen Charakter, so daſs verschiedene Beobachter dadurch irre geführt werden, denn sie bestanden aus groſsen, stark gefärbten Flecken, nahmen aber trotzdem unzweifelhaft ihren Ursprung vom Favus, wie durch die mikroskopische Untersuchung der Schuppen und der übrigen Elemente festgestellt wurde.

Marie B., 45 Jahre, Schirmmacherin, wurde auf der Straſse aufgelesen und am 22. Februar 1906 durch die Polizei dem Krankenhaus überwiesen. Da sie durch ihr lärmendes Verhalten die anderen Kranken in ihrer Ruhe störte, muſste sie isoliert werden. Später, am 11. April, wurde sie auf die Hautabteilung, Salle Ste Cécile Nr. 9, verlegt.

Anamnese fehlt vollkommen. Während ihres Aufenthalts auf der inneren Abteilung hatte sie, abgesehen von ihrer beständigen Erregung, nur einen kurzdauernden, fieberlosen, wenig ausgesprochenen Ikterus gehabt. Bei den verschiedentlich vorgenommenen Versuchen, etwas aus ihr herauszubekommen, gab sie immer nur widersprechende Antworten; es lieſs sich nur feststellen, daſs man es mit einer Schwachsinnigen (état mental particulier) zu tun habe.

Status praesens: Magere, blasse, sehr heruntergekommene Person, die wahrscheinlich schon sehr lange an Favus des Kopfes und der übrigen Haut leidet.

Auf der Kopfhaut sind die Veränderungen schon sehr weit fortgeschritten. Man findet Favuskörper von bekanntem Aussehen, einige wenige davon linsengroſs, die meisten von der Gröſse eines 50 Centimes- und selbst eines Einfrancsstückes. In der Hinterhauptgegend flieſsen sie zusammen und bilden dadurch gröſsere Herde, die namentlich gegen den

Rand eine höckerige Oberfläche besitzen, schwefelgelb, hart, trocken und unregelmäfsig begrenzt sind. Diese Herde haben einen starken, mäuseartigen Geruch; einige weichgraue Haare wachsen auf ihnen. Die Kopfhaut zwischen den einzelnen Favusherden ist straff gespannt, glänzend, sklerosiert und fast ganz kahl; die spärlichen, kurzen, grauen Haare, die sich noch vorfinden, lassen sich leicht ausreifsen. Überhaupt befindet sich auf dem Kopf nur noch ein kleiner Streifen Haarwuchs, und zwar an der Stelle der Stirn, wo normaliter das Haar beginnt. Um einzelne Favusansiedlungen herum besteht ein rot-violetter Hof mit trockener, kleiiger Abschuppung.

Die nämlichen Veränderungen bestehen auch im Gesicht, besonders auf der Stirn und den Wangen, nur dafs hier alles viel spärlicher und weniger umfangreich ist. Der linke Nasenflügel ist von kleinen Favuskörpern durchfurcht, Lippen und Kinn dagegen sind verschont. Von den Augenbrauen sind nur noch einzelne graue Haare vorhanden, doch scheint die Haut an diesen Stellen gesund zu sein.

Auf Brust und Bauch trifft man wieder typische Favusansiedlungen; so sitzt ein gröfserer Herd auf der Höhe der rechten Brustdrüse; doch sind die Körper hier im ganzen nur spärlich und bieten nichts weiter Bemerkenswertes. Aber neben diesen typischen Formen finden sich hier, auf Brust und Bauch, und zwar in gröfserer Menge, auch von der Norm abweichende Elemente, nämlich Flecke von rotbrauner bis schiefergrauer Färbung und unvollkommener Rundung. Einzelne von ihnen sind nur linsengrofs, die meisten aber haben nahezu den Umfang eines Zweifrancsstücks. Sie stehen regellos, teils einzeln, teils zusammenfliefsend, dieses namentlich am Hypogastrium, wo sie nahezu eine einzige Fläche bilden. Diese Flecke sind der Sitz einer ganz feinen Abschuppung, die aus weifsen konzentrischen, teilweise auch dachziegelförmig gelagerten Lamellen besteht. Obschon sie im Zentrum dunkler als an der Peripherie gefärbt sind, so hebt sich ihr Rand doch ganz deutlich von der Umgebung ab; sie fühlen sich fest an und geben dem Finger den Eindruck von Plaques, deren Haut sich schlecht falten läfst; sie sind in der Mitte nicht eingesunken und haben keinen gewulsteten Rand, sondern sind auf der Oberfläche ganz eben. Auch zwischen diesen Flecken besteht eine lamellöse Abschuppung in Form schmaler, zackig geränderter Streifen; diese Streifen sind zum Teil kreisförmig um die Flecke gelagert.

Auch an den Unterextremitäten, besonders auf der rechten Gesäfshälfte, kommen Favuskörper, wenn auch in viel geringerer Menge, vor; doch ist ihr Typus hier ein anderer, indem sie als gelbe oder schwarze Punkte in den dunkelroten Plaques, die mit Abschuppung behaftet sind, auffallen. An der Vorderfläche der Oberschenkel dagegen finden sich wieder die nämlichen Elemente wie auf der Bauchhaut. Hier

vor allem springt ihre grofse Ähnlichkeit mit der Psoriasis in die Augen, denn hier bilden sie einzelne runde Flecke mit deutlichen Rändern, sind braun gefärbt, an der Peripherie heller als im Zentrum, trocken und schuppen, werden blafs, wenn man sie abschabt und bedecken sich alsdann mit einer eigentümlich riechenden Kleie, die unter dem Mikroskop die Fäden des Parasiten zeigt.

Die inneren Organe, Herz, Lunge und Nieren sind gesund; es besteht nur starker Meteorismus mit hartnäckiger Verstopfung. Auch die Geschlechtsorgane bieten nichts Abnormes. Dagegen hat die Intelligenz der Patientin sehr gelitten. Zwar bestehen weder einzelne Wahnvorstellungen noch ein systematisierter Wahn, sie versteht auch alle an sie gerichteten Fragen, ist aber sehr erregbar, weint bei der geringsten Veranlassung, gibt kindische Antworten. Nur der Erregungszustand, dessentwegen sie hatte isoliert werden müssen, hat fast ganz nachgelassen.

Einige Tage nach ihrer Aufnahme entwickelt sich an den Unterschenkeln, besonders am rechten, ein hartes Ödem; gleichzeitig verfällt sie sichtlich. Keine Temperatursteigerung.

15. April. Das Ödem greift auf die Oberschenkel über.

19. April. Das Ödem dehnt sich auf den Rumpf und die Arme aus. Beginnender Ascites. Weder Ödem noch Kongestion der Lungen. Leber und Milz scheinen vergröfsert. Harn spärlich und braun, ohne Eiweifs und Zucker, Gallenpigment oder Salze. Temperatur normal.

22. April. Zunge stark belegt. Anorexie.

25. April. Ödem und Ascites haben zugenommen. Kräfteverfall. Patientin will nichts geniefsen.

26. April. Plötzliche Haemoptyse geringen Grades mit Cyanose, Erkalten der Extremitäten und rasch erfolgendem Exitus. Am linken Handgelenk und oberhalb der rechten Kniescheibe kleine subepidermale Blutungen.

Sektion am 27. April.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle reichlicher Erguſs von zitronengelber Flüssigkeit. Das ganze Peritoneum, besonders aber die Serosa des Darms und des Uterus ist mit weifslichen Tuberkeln bedeckt. Der Darm ist in seinem ganzen Verlauf weder entzündet noch ulceriert. Die Leber ist in ihrem Volumen fast normal (wiegt 1390 g); auf den Schnitten ist sie gelblich und mit miliaren Körnern durchsetzt. Die Blase ist ganz bedeckt von Pseudomembranen und mit dem benachbarten Darm fest verwachsen, von dem sie sorgfältig lospräpariert werden mufs. Sie ist mit Eiter gefüllt und enthält aufserdem vier bis fünf ungefähr kuglige Steine. Die Milz ist vergröfsert (235 g), enthält Knötchen und einen alten Infarkt. Die Nieren sind blutreich (115 bezw. 110 g) und zeigen auf den Schnitten einzelne Tuberkel. Das Zwerchfell ist mit Tuberkeln besät, die längs der

zahlreichen Verästelungen der Blutgefäfse angehäuft sind. In beiden Pleurahöhlen mäfsiger Erguſs. Auf beiden Lungen, zumal der linken, an der Basis und gegen den vorderen Rand hin subpleurale Tuberkel neben deutlich kongestiven Herden. Auch auf den Schnitten findet man Tuberkel, aber weder alte Erweichungsherde noch Verkäsung. Die bronchialen Verästelungen wurden sorgfältig untersucht, es liefs sich aber nirgends ein hämorrhagischer Herd nachweisen, von dem die Haemoptoë herstammte. Im Hilus verkäste Drüsen. Im Perikordium etwas Flüssigkeit. Herz normal, desgleichen Hirn und Hirnhäute.

Mikroskopische Untersuchung.

Betreffs der mikroskopischen Veränderungen der verschiedenen Organe wollen wir uns kurz fassen. Die Präparate aus den Lungen, den Nieren, der Leber, der Milz und dem Darm wurden in der weiter unten angegebenen Weise fixiert, mit Hämatin und den sonstigen bei Favus gebräuchlichen Methoden gefärbt. Es sei hier gleich bemerkt, dafs in keinem der Präparate eine speudo-tuberkulöse Favuserkrankung gefunden werden konnte, dafs vielmehr sämtliche bei der Sektion gefundenen Tuberkel rein bazillär-tuberkulöser Natur waren. — Nieren, Leber und Milz waren blutüberfüllt; in der Milz befand sich aufserdem an einer Stelle unter der Oberfläche ein alter Infarkt, während in den Nieren ausgesprochene epitheliale Nephritis bestand.

Die Hautveränderungen. Es wurden untersucht: 1. Favuskörperpräparate, die teils aus den weichen Stellen, teils aus der Kopfhaut stammten. 2. Präparate von Flecken mit psoriasisartigem Aussehen, die zum Teil stärker, zum Teil schwächer gefärbt waren und von der Bauchhaut bezw. der Vorderinnenfläche der Oberschenkel stammten. Alle diese Präparate wurden in derselben Weise behandelt. Fixation im Alcool acéto-formique nach Morel und Dalous; Paraffineinbettung; Färbung mit Blau nach Sahli; Behandlung mit verdünnter Essigsäure; Kanadabalsam.

Die Favuskörper wichen in ihrem Bau nicht von der bekannten Form ab, wie sie uns durch Balzer, Unna, Vidal und Leloir, Mibelli und andere gegeben ist. Interessanter gestaltete sich dagegen die Untersuchung der psoriasisartigen Flecke.

Hier fielen folgende Eigentümlichkeiten auf: Die Epidermis ist in der ganzen Ausdehnung des Elements äufserst zart, an zahlreichen Stellen auf drei bis vier Zellschichten beschränkt. An der Cutis sind die Papillen stellenweise atrophiert, so dafs hier die Grenze zwischen Cutis und Epidermis durch eine gerade Linie gebildet wird. Die Basalschicht besteht aus einer Lage niedriger, ziemlich unregelmäfsiger Zellen, deren Kerne sich meist im Zustand der Ruhe befinden, und deren Protoplasma reichlich mit Pigment versehen ist. Oberhalb der Basalschicht stöfst man

auf ein bis zwei Reihen von Stachelzellen, noch weiter gegen die Oberfläche hin auf eine Schicht stark von oben nach unten zusammengepreſster Zellen, die aber keine Eleidinkörner enthalten. Den Abschluſs aller dieser Zellschichten bildet eine Hornschicht von ganz besonderem Aussehen; sie ist sehr zart und besteht aus etwa zehn parallelen Lamellen, die sich mit der gröſsten Leichtigkeit von der unterliegenden Epidermis abheben lassen und nur ganz locker untereinander zusammenhängen. Diese ganze Hornschicht ist parakeratotisch, in allen ihren Lamellen sind zahlreiche, gefärbte Kerne enthalten; daneben gewahrt man auch einzelne Sporen des Achorion.

Die Cutis ist Sitz einer Entzündung, die im Papillarkörper am ausgesprochensten ist und sich durch ein perivaskuläres Infiltrat verrät. Der ganze Papillarkörper ist stark atrophiert, die Papillen sind zum groſsen Teil ganz verschwunden, und die wenigen übrig gebliebenen sind kaum erkennbar.

Einzelne junge Haare waren bis in ihre Wurzel vom Pilz durchsetzt; er fand sich sowohl tief in der Scheide wie auch im Haar selber. — Die übrigen Hautorgane boten keine Veränderung.

An den abgeschabten, mit heiſser Pottasche behandelten Schuppen, gewahrte man ein Favus-Mycelium, das viel üppiger war, als das an den Schnitten beobachtete. Auf Grund dieses Befundes konnten wir übrigens sofort feststellen, daſs wir es im vorliegenden Falle mit einem psoriasisähnlichen Favus und nicht mit einem Nebeneinander von Favus und Psoriasis zu tun hätten.

Die mitgeteilte Beobachtung bedarf keiner langen Erläuterungen. Sie lehrt: 1. daſs der Favus auf der glatten Haut Formen annehmen kann, die das Beiwort „psoriasisartig“ vollauf verdienen; 2. zeigt sie, daſs diese Formen den Achorion zum Urheber haben. Es bleibt aber bemerkenswert, daſs auch die mikroskopischen Veränderungen, die dieser Parasit veranlaſst, so oberflächlich bleiben können, daſs man auch sie als psoriasiform bezeichnen möchte.

Die Differentialdiagnose zwischen Psoriasis und derartigen Favusformen ist natürlich nicht leicht und wäre beim Fehlen typischer Favuskörper nur mit Hilfe des Mikroskops zu lösen.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud.

Von

Dr. J. Preuss-Berlin.

(Fortsetzung und Schluſs.)

XV.

Mancherlei Ähnlichkeit mit der Geschichte Sodoms hat eine Erzählung, die sich im Buche der Richter findet.

Ein Levite, der im Gebirge Efraim wohnt, hat ein Kebsweib genommen, dieses ist ihm davongelaufen und in ihr Vaterhaus zurückgekehrt. Nach anderthalb Jahren holt der Mann sie zurück. Auf der Rückreise müssen sie in Gibea im Stamme Benjamin bleiben, doch niemand nahm sie auf ins Haus, daſs sie übernachteten, obgleich sie genügend Proviant für sich und ihren Esel mit sich führten. Endlich kommt „ein alter Mann“ — es kann auch ein Ältester gemeint sein — der nicht zu der eingeborenen Bürgerschaft gehört, vom Felde heim und nimmt sie von der Straſse zu sich. Siehe, da umringten die Männer der Stadt, nichtsnutzige Menschen, das Haus, sich gegen die Tür drängend und riefen dem Hausherrn zu: „Bringe den Mann, der in Dein Haus gekommen ist, heraus, wir wollen ihn erkennen.“ Statt dessen geht der Hausherr zu ihnen heraus und bittet: „Tut doch nichts Böses, liebe Brüder, nachdem der Mann in mein Haus gekommen ist, begeht doch nicht diese Schandtat. Ich werde Euch meine jungfräuliche Tochter und sein Kebsweib herausbringen, stupriert sie (ʿannu) und tut mit ihnen was ihr wollt; an dem Manne selbst aber verübt diese Schandtat nicht.“ Als die Leute auf ihn nicht hören wollen, ergreift der Fremde selbst sein Kebsweib und bringt es ihnen heraus. Jene erkennen (koitieren) es und treiben ihren Mutwillen mit ihr die ganze Nacht bis zum Morgen. Als das Morgenrot aufsteigt, lassen sie von ihr ab. Sie kommt bis zum Hause, in dem ihr Mann ist und fällt vor der Tür (in Krämpfen?) bis zum Tage. Als ihr Mann am Morgen die Türen öffnet, findet er sein Weib tot vor der Tür, die Hände auf der Schwelle.

Zwischen dem Stamme Benjamin und dem übrigen Israel entsteht wegen dieser Scheuſslichkeit ein Krieg, in dem fast der ganze Stamm Benjamin ausgerottet wird.[1]

---

[1] Ri. cap. 19.

Auch in dieser Erzählung muſs wieder die Frage, ob das Verlangen der „nichtsnutzigen Menschen“, den Fremden zu „erkennen“, der Wunsch nach der Pädikatio war, offen bleiben. Wahrscheinlich ist dies nicht; denn dazu hätten sie ja bequemere Gelegenheit gehabt, als er mit seiner Frau auf der Straſse kampierte. Viel wahrscheinlicher ist auch hier der Fremdenhaſs, der hier mit dem Haſs gegen den Andersgläubigen, wie bei Sodom, allerdings nicht identisch ist, das Motiv. Solange die kleine Karawane von drei Personen auf der Straſse lagert, hat sie für die Leute kein Interesse, erst als der Wanderer von dem einen „Ausländer“ ins Haus genommen wird, erwacht der Verdacht, der dann zu Brutalitäten Veranlassung gibt. Der Mann gibt im Kriegsrat auch nur an: „Mich wollten sie töten.“[1] Zur Ablenkung ihrer Aufregung, nicht ihres sexuellen Begehrens, werden ihnen die Frauen angeboten; daſs die Versprechung sie nicht besänftigt, ist verständlich, aber als ihnen ein Weib (von der zweiten ist schon keine Rede mehr) zugeführt wird, ist alles vergessen. Gewiſs nicht die Art echter Homosexueller, durch ein Weib befriedigt zu werden!

Wenn Neuere, besonders Wirz, auch hier wieder die Absicht der Gibeoniten, den Mann zur Tempelprostitution zu schleppen, gewittert haben, so haben sie übersehen, daſs der Vorgang nicht wie bei Sodom, in einer heidnischen, sondern in einer israelitischen Stadt spielt, in der es diese Tempeleinrichtung überhaupt nicht gab.

Sehr deutlich ersieht man aus der Darstellung der Begebenheit bei Josephus, daſs nach der Auffassung der Alten hier von päderastischen Gelüsten überhaupt keine Rede war. Ein Verlangen der Gibeoniter nach dem Manne wird überhaupt nicht erwähnt; sie begehren nur das Weib. Der Greis bietet ihnen seine Tochter an; „denn ihre Sünde würde geringer sein, wenn sie an dieser ihre Lust auslieſsen, als wenn sie das Gastrecht also verletzten.“[2] Die Verletzung des Gastrechtes, das dem Orientalen so heilig ist, ist das Moment, auf das das Hauptgewicht gelegt wird.

Übrigens liefert eine Vergleichung dieser Geschichte mit der Sodoms einen weiteren Beweis dafür, daſs nicht das sexuelle Attentat, falls es ein solches war! — in Sodom den Grund zur Zerstörung der Stadt abgegeben hat, denn auch in Gibea wird es ja in ganz derselben Weise versucht, und wenn es auch hier nicht „das ganze Volk“ ist, so wären doch die aktiv Unbeteiligten strafbar, weil sie die Greuel duldeten, und doch verlautet von einem göttlichen Strafgericht kein Wort! Eine solche Inkonsequenz wird dem Verfasser des Richterbuches, der von der weltbekannten Geschichte Sodoms doch zweifellos Kunde hatte, niemand im Ernste zutrauen.

---

[1] Ri. 20, 5. [2] Antt. V, cap. 2, 8.

XVI.

Sodomie.

Wie die Päderastie wird auch die Unzucht mit Tieren, die von uns historisch falsch Sodomie genannt wird, in der Bibel zu den Lastern der Ägypter und der eingeborenen Kanaanäer gerechnet und bei Todesstrafe verboten. Die Hinrichtung erfolgt nach der Tradition auch hier durch Steinigung, die Aburteilung wie bei allen Kriminalverbrechen, durch ein Kollegium von 23 Richtern.[1] Das bei der Schandtat aktiv oder passiv beteiligte Tier wird ebenfalls getötet, obgleich man bei ihm von einer „Verantwortlichkeit für seine Tat" nicht sprechen kann. Aber es soll dadurch verhütet werden, dafs noch andere Menschen durch dieses Tier zur Sünde verleitet werden. Andere meinen, die Tötung geschehe deshalb, damit nicht, wenn das Tier auf der Strafse geht, die Leute sagen: „Das ist das Tier, wegen dessen N. N. gesteinigt wurde."[2] Durch den Tod des Schuldigen soll eben sein Verbrechen völlig gesühnt sein. Dafs man ein derartiges Tier nicht als Opfer verwenden darf, ist danach selbstverständlich.[3]

Die Tötung des Tieres verordnete auch noch das Allgemeine Landrecht,[4] unser Strafgesetzbuch (§ 175) weifs nichts mehr davon.

Die Bibel hat das Verbot an drei Stellen: „Jeder, der mit einem Tiere liegt, soll des Todes sterben."[5] Dann zweimal im „Priesterkodex": „Mit keinem Tier darfst Du Dein Beilager halten, um Dich daran zu verunreinigen, und eine Frau soll nicht hintreten vor ein Tier, um sich von ihm belegen zu lassen, das ist Unzucht (thébel)"[6] — und: „Ein Mann, der mit einem Tiere sein Beilager hält, soll sterben, und auch das Tier sollt ihr umbringen. Und eine Frau, die irgendeinem Tiere naht, um sich belegen zu lassen, die sollst Du erwürgen, die Frau und das Tier, sie sollen des Todes sterben, ihr Blut sei an ihnen."[7] Und endlich rufen auf dem Berge Ebal die Leviten einen feierlichen Fluch aus über den, „der mit irgendeinem Tiere schläft, und das ganze Volk spreche: Amen!"[8] Warum an der ersten und letzten dieser beiden Stellen nicht auch, wie an den beiden anderen, die Päderastie erwähnt und verboten wird, weifs ich nicht.

Bei den Auslegern ist keine Einigkeit darüber, ob die hier erwähnte rebi'ah von Seiten des Weibes eine wirkliche Sodomie oder jenes schamlose Entblöfsen der Frauen bedeute, wie es beim Kulte des Apisstieres oder des Bockes Mendes in Ägypten geschah.[9]

---

[1] Sanh. I, 4. [2] ib. VII, 4. [3] Them. VI, 1. [4] Th. II, 20, § 1070. [5] Exod. 22, 18. [6] Lev. 18, 23. [7] ib. 20, 15/16. [8] Dt. 27, 21. [9] Saalschütz, mos. Recht [2], S. 584, Anm. 743.

Um sich nicht der Beihilfe zur Tat schuldig zu machen, wurde verboten, ein Tier einem heidnischen Hirten zu übergeben, oder es in den Stall eines Heiden einzustellen.[1] R. Jehuda wollte grundsätzlich keine unverheirateten Hirten für Kleinvieh angestellt wissen.[2] Die Frommen haben sich überhaupt von Tieren ferngehalten.[3] Man empfahl auch, dafs eine Witwe sich keinen Hund halten sollte, schon um nicht in Verdacht zu kommen,[4] was denen, die die Rolle mancher unserer Jagdhunde und Bijous heutzutage kennen, nicht so absurd vorkommen wird. Das Attentat eines Jagdhundes[5] oder eines Affen[6] auf ein junges Mädchen hat einst zu einem Rechtsstreit Veranlassung gegeben. Eine Kombination von Sodomie und Sadismus stellt vielleicht der Fall dar, den R. CHANINA beobachtete. Er sah, wie ein Heide eine Gans von der Strafse nahm, sie sodomisierte, dann würgte, briet und afs. R. JIRMEJA aus Difte sah einst, wie ein Araber einen Tierschenkel von der Strafse nahm, ein Loch hineinbohrte, koitierte (masturbierte), dann das Fleisch briet und es afs.[7]

Nach der Agada hat Bileam seine Eselin sodomisiert,[8] der König Artaxerxes hatte auf dem Throne neben sich eine Hündin, schégel.[9] Schon in der Urzeit „gingen die Söhne der Gewaltigen hin und nahmen sich Frauen von allem, was ihnen beliebte,“[10] sogar Tiere. Sogar förmliche Ehekontrakte zwischen Menschen und Tieren hat das Geschlecht der Sintflut geschrieben, meint der Midrasch,[11] indem der Prediger auch hier wieder die gröfsten Schandtaten, die er zu seiner Zeit sah, in die alte Zeit zurückverlegte und den Untergang der Welt als warnendes Beispiel anführte.

Grenzenlos war die Verachtung, die man dem „Unwissenden“, dem ʿam ha-arez (profanum vulgus) entgegenbrachte. Sie sind, sagte man, nicht besser wie das Vieh, und wer eine Tochter von ihnen heiratet, auf den kann man ebenfalls das Schriftwort anwenden: Verflucht ist, wer mit irgendeinem Vieh schläft![12] Dasselbe gilt von den Töchtern nomadisierender Hirten, die ebenfalls wie die Tiere sind, wohl wegen der leichten Gelegenheit zur Sodomie, ULA sagt, weil sie keine Bäder haben, R. JOCHANAN meint, weil sie leicht der Prostitution durch die männlichen Hirten oder durch Wanderer anheimfallen.[13]

Eine Kuh, die jünger ist als drei Jahre, soll durch Sodomie steril werden.[14] Dagegen haben die Talmudisten die Möglichkeit der Schwängerung eines Tieres durch einen Menschen und umgekehrt im Gegensatz zu den Lehren des übrigen Altertums und des Mittelalters strikte in Abrede gestellt.[15]

---

[1] Ab. z. II, 1. [2] T. Qidd. V, 10. [3] Qidd. 81 b. [4] Ab. z. 22 a. [5] Jeb. 59 b. [6] D. ereç I, fol. 55 d. [7] Ab. z. 22 b. [8] Sanh. 105 a E. [9] Rosch ha-schan. 4 a zu Neh. 2, 6. [10] Gen. 6, 2. [11] Gen. r. 26, 5. [12] Pes. 49 b. [13] Erub. 55 b. [14] Ab. z. 24 b. [15] Vgl. Ztschr. f. Geburtsh., Bd. 54 Heft 3 S. 10.

XVII.

Tribadie.

Die Unzucht zwischen Frauen gilt den Rabbinen gleichfalls als „Tun Ägyptens“, wenn sie auch die Bibel nicht erwähnt und unter Strafe stellt. Der ständige Ausdruck dafür ist soléleth oder bei den Palästinensern solédeth,[1] sich springend, hüpfend bewegen eine an der anderen. Nur einzelne, wie R. Huna[2] und die Schule Schammais, wollten derartige Frauen rechtlich wie Dirnen behandelt wissen und daher dem Priester die Ehe mit ihnen verbieten, die anderen erklären das Treiben zwar für unmoralisch, periçuth, knüpfen aber keine rechtlichen Folgen daran.[3] Die Schule Schammais erklärt auch eine Frau, die sich an den Genitalien ihres kleinen Knaben masturbiert, für eine Ehebrecherin.[4]

In nachtalmudischer Zeit empfiehlt MAIMONIDES, der Mann solle seiner Frau den Umgang mit Frauen, „die derartiges verstehen“, verbieten, verlangt aber nicht die Ehescheidung von einer Tribade.[5]

Der Vater Samuels liefs seine erwachsenen unverheirateten Töchter nicht zusammen schlafen, „damit sie sich nicht an einen fremden Leib gewöhnten“,[6] offenbar, um die Unzucht zu verhüten.

Es ist wahrscheinlich, dafs auch der Apostel unter den Weibern, „die verwandelt haben den natürlichen Brauch in den unnatürlichen“,[7] Tribaden meint.

XVIII.

Wo von neueren Autoren von Unzuchtsschilderungen in der Bibel gesprochen wird, wird in der Regel auch des Baal Peor gedacht. Die Bibel berichtet:

Als Israel in Sittim lagerte, begann das Volk zu buhlen mit den Töchtern Moabs. Diese luden das Volk zu den Opfern ihrer Götter, das Volk afs und verehrte die Götter. Und Israel hing dem Baal Peor an, so dafs der Zorn Gottes über Israel entbrannte. Die Anführer des Volkes werden standrechtlich gehängt, die Richter verurteilen (die übrigen), die den Baal Peor verehrt, zum Tode. Es entsteht eine Pest, maggepha, die 24000 Menschen wegrafft.[8]

Was den Kult dieses heidnischen Götzen anlangt, so ist er aus der Bibel überhaupt nicht zu erschliefsen. Es ist nicht wahr, dafs „die Rabbinen den Namen von pe'or, aperire sc. hymenem virgineum herleiten“, wie ROSENBAUM behauptet (auch an der von ihm zitierten Stelle des Targ. Jonathan steht nichts davon[9]), vielmehr herrscht im Talmud, soweit

---

[1] j Gitt. VIII, 49c, 70. [2] Sabb. 65a. [3] Jeb. 76a. [4] T. Sot. VII, 5; Sanh. 69b. [5] Iss. B. 21, 8. [6] Sabb. 65a. [7] Röm. 1, 26. [8] Num. 25, 3ff. [9] op. cit. S. 71.

ich sehe, Einigkeit darüber, dafs es sich bei dem Kult um ein aperire anum, d. h. um eine Entblöfsung und Defäkation vor dem Götzenbild gehandelt habe. Es wird diese Tatsache zugleich als Beispiel dafür angeführt, dafs jeder Götzendienst sträflich sei, selbst wenn er, wie in diesem Falle, nach dem Empfinden Vernünftiger (Andersgläubiger) eher eine Verhöhnung als eine Verehrung darstellt.[1] Als einst Sabta ben Alas die „Verehrung" so weit trieb, dafs er sich nach der Defäkation den After an der Nase der Pagode reinigte, rief ihm die Peor-Gemeinde jubelnd zu: „Nie hat jemand die Verehrung so gut ausgeführt!"[2] Das wird nun allerdings wohl eine Übertreibung sein.

Dafs übrigens auch die Defäkation eine Äufserung perversen Sexualempfindens sein kann, ist bekannt.[3] Erst bei dem Kirchenvater Hieronymus findet sich die Meinung, dafs der Peor mit dem Priapus identisch gewesen sei; die Frauen hätten ihn verehrt ob obscoeni magnitudinem. Er leitet den Namen Peor davon ab, dafs er idolum tentiginis (des Penis) haberet in ore, ein Bild des Penis im geöffneten Munde gehabt habe,[4] also ebenso wie die Inder ihren Schiba abbilden, nämlich mit dem Lingam im Munde.

XIX.

Hat man zur Bestimmung des Peor-Kultes, wenn man die Überlieferung der Rabbinen nicht anerkennen will, wenigstens in dem Namen des Götzen einen, wenn auch sehr schwachen Anhalt, so müssen wir bei dem Versuch, die im Zusammenhange damit erwähnte Epidemie näher zu bestimmen, auch dieses Hilfsmittel vollständig entbehren und sind ganz auf das „Raten ins Blaue hinein" angewiesen. Nun ist es die Eigenart aller von ihrer Disziplin begeisterten Spezialisten — nicht nur der literarischen — an jedem ihnen unter die Hände kommenden Objekt irgend etwas für ihr Sonderfach Deutbares zu finden (auch wenn der Patient zufällig in die Tür einer falschen Poliklinik geraten ist). Und so haben auch an der Geschichte vom Baal Peor die Lues-Spezialisten solange herumgeraten, bis sie sie glücklich für Syphilis erklären konnten. Der Pfadfinder war hier Sickler (1797), der systematische Bearbeiter Rosenbaum (1839).[5] Sie argumentieren so: Die Verführung zum Götzendienste ging von den Frauen aus, die Krankheit war also eine venerische. In dem Kriege gegen Midian töten die Israeliten alle Männer, lassen aber die Frauen am Leben. Moses zürnt ihnen: „Gerade die Frauen waren Ursache eurer Sünde gegen Gott — der syphilitischen Infektion — wegen

---

[1] Sanh. VII, 6. [2] Sifré Balaq ed. Friedm. S. 47b E., Sanh. 64a. [3] Vgl. Krafft-Ebing, Psychop. sex. [4], S. 28. [4] Comm. in Oseam cap. 9, 10 (in Migne's Patrologie tom. 25 col. 940). [5] op. cit. S. 70ff.

des Peor und so kam die Pest in die Gemeinde Israel. Nun tötet alle Frauen, die bereits den Beischlaf eines Mannes kennen," sie sind nämlich als syphilitisch infiziert anzusehen. „Nur die weiblichen Kinder dürft ihr für euch am Leben lassen. Und nun lagert aufserhalb des Lagers sieben Tage — zur Desinfektion (vielleicht zur klinischen Schmierkur!) jeder, der einen Menschen getötet oder einen Erschlagenen berührt hat, und entsündigt euch am dritten und siebenten Tage ihr und euere Gefangenen. Und jedes Kleid, alles was von Leder oder Ziegenhaar gemacht ist, und alles Holzgerät müfst ihr entsündigen."[1] Zur Zeit Josuas wirft ihnen Pinehas, der Augenzeuge jener Epidemie, vor: „Dafs wir von der Missetat Peors uns nicht gereinigt bis auf diesen Tag."[2] Die Krankheit ist also trotz aller Kuren noch nicht erloschen gewesen. Auch der Verfasser der Apokalypse spricht davon, dafs man dort Hurerei getrieben habe (*πορνεῦσαι*).[3] Die Gefahr der syphilitischen Infektion war besonders grofs, da das in der Wüste geborene Geschlecht ja unbeschnitten war.

Dem Nichtspezialisten würde es gewifs nicht eingefallen sein, aus diesen Angaben das Bild der Syphilis zu konstruieren. Dafs die Verführung zum Götzendienste von den Frauen ausging, ist ja sicher, das cherchez la femme hat eben zu allen Zeiten Gültigkeit gehabt. Um daher eine weitere Verführung ein für alle Male unmöglich zu machen, werden alle Verführerinnen ausgerottet (die Männer sind ja bereits getötet). Jeder aber, der einen Leichnam berührt, ist nach mosaischem Gesetz unrein und mufs sich entsündigen. Die Verfehlung ist eine so schwere, dafs Pinehas, als man wieder anfängt, gegen das Gesetz Altäre zu bauen, meint, sie sei moralisch noch nicht gesühnt. Der Krankheitsname des Textes, maggepha, heifst weiter nichts als Epidemie (Pest, Seuche); sie entsteht durch den Zorn Gottes.[4] Die Zahl der durch die Epidemie Gestorbenen beträgt 24 000, für Syphilis jedenfalls eine ungewöhnliche Zahl. Durch das mannhafte Auftreten des Pinehas, der ein besonders freches Buhlerpaar niedersticht, wird der Seuche Einhalt getan, ist die Epidemie als erloschen anzusehen.

Dafs auch die Eideshelfer Rosenbaums, Philo und Josephus, nichts beweisen, hat bereits Pinkhoff in seiner Polemik gegen Peypers dargetan.[5] Philo spricht von einem *μίασμα*, Josephus von einer Pest, *λοιμός*.[6] Welcher Art diese Pest war, von der ein grofses, auf der Wanderschaft begriffenes Volk heimgesucht wird, können wir nicht entscheiden, die Annahme einer Syphilis-Epidemie hat gewifs die geringste Wahrscheinlichkeit für sich.

---

[1] Num. 31, 16ff. [2] Jos. 22, 17. [3] Apoc. 2, 14. [4] Num. 25, 3. [5] Nederl. Tijdschr. voor Geneeskd. 1893 deel II, S. 782. [6] Josephus, Antt. IV, cap. 6, 12.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6./19. Oktober 1906.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

Nach Eröffnung der Sitzung verlas der Präsident der Gesellschaft, Prof. Pospelow, Nekrologe auf das Ehrenmitglied Prof. W. Tarnowsky-Petersburg und auf das korrespondierende Mitglied J. Barthélemy-Paris und forderte die Gesellschaft auf, das Andenken der beiden verstorbenen Mitglieder durch Erheben von den Sitzen zu ehren.

1. Bogrow stellte zwei Schwestern mit **Perlèche** vor, deren dritte Schwester gleichfalls an dieser Krankheit der Lippen leidet, was als ein Beweis der infektiösen Natur dieser Krankheit anzusehen ist.

Pospelow hat unlängst eine Patientin dieser Art aus einem Mädchenpensionat gehabt und lenkt die Aufmerksamkeit der Pensionsärzte auf diese Krankheit und die Möglichkeit der Übertragung durch Trinkgeschirre und Bleifedern, infolge Gewohnheit der Mädchen, die Bleifedern zu kauen.

2. Bogrow sprach über die **Elimination des Quecksilbers** durch die Nieren bei Injektionen von **Enésol.**

Die in der Moskauer dermatologischen Klinik mit dem quecksilber-arsenikhaltigen Präparat Enésol angestellten Versuche sind noch zu gering, um ein Urteil über den therapeutischen Wert desselben zu fällen, aber wie die nach der Methode Stukowenkow angestellten Urinuntersuchungen ergaben, tritt das Quecksilber bereits in der ersten Hälfte des ersten Tages nach der Einspritzung im Urin auf. Vier Tage nach der Einspritzung war gleichfalls noch das Quecksilber im Urin nachzuweisen, so dafs sich das Enésol in dieser Hinsicht vom Sublimat nicht zu unterscheiden scheint.

3. Metscherski demonstrierte ein 14jähriges Mädchen im **Anfangsstadium der Sklerodermie,** welche sich in einzelnen Plaques auf Brust und Armen im Anschluß an eine Durchnässung des ganzen Körpers eingestellt haben soll. An den betreffenden Stellen ist die Temperatur gesteigert.

4. Speranski berichtete über seine Eindrücke vom letzten Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern.

5. Metscherski stellte eine Frau mit **Elephantiasis** des rechten Beines vor, welche mit Injektionen von Hydrargyrum salicylicum behandelt werden soll.

6. Tschlenow machte Mitteilungen über seine und Gabritschewskys Versuche der **Syphilisüberimpfung auf Affen.** Da dieselben in ausführlicher Weise gedruckt werden sollen, beschränkte sich T. darauf, nur einige wichtige Punkte der Arbeit hervorzuheben. Die Versuche wurden an niederen Affen, Bebuinen, angestellt. Es kam nach der Impfung zu Sklerosen über den Augenbrauen und an der Clitoris, aber nicht auf dem Bauch, ferner zu stark ausgeprägter Adenitis, aber in keinem Falle zu sekundären Erscheinungen. Der in einem Falle angestellte Versuch von Überimpfung gummösen Materials verlief negativ. Weiter wurden Versuche angestellt, ob das syphilitische Virus sich verändere bei Schwächung der Affen durch Alkohol oder Erwärmung bis auf 41,8° im Käfig. Die syphilitischen Erscheinungen bei den mit Alkohol genährten Affen traten nicht in schwererer, sondern leichterer Art auf, oder der Affe hat eine katarrhalische Pneumonie bekommen, an der er bald zugrunde

gehen wird. Bei dem anderen, übererwärmten Affen war die Inkubation kürzer, nur 13 Tage gegenüber sonst 21—30 Tage, aber es kam nur zu einer Schwellung an der überimpften Stelle, die bald schwand. Der Affe starb und in der Milz sind syphilisverdächtige Veränderungen gefunden worden. — Hinsichtlich der Untersuchungen auf Spirochaeta pallida ergaben die Untersuchungen des Blutes stets ein negatives Resultat.

Fünfzehnter internationaler medizinischer Kongreſs zu Lissabon 19.—26. April 1906. Sektion VIII, Dermatologie und Syphilographie.

(Adolf de Mendonia-Lissabon.)

Der erste Band der Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis ist erschienen. Er enthält eine Reihe von Vorträgen, welche auf dem Kongreſs gehalten wurden.

I. **Über die Ursachen des Ekzems**, von Hallopeau-Paris.

II. **Über syphilitische Leukoplasie und ihre Behandlung**, von Alfred Levy-Bing-Paris. Der Vortrag bespricht zuerst die klinischen Erscheinungen und die Beziehungen der Leukoplakien des Mundes zur Syphilis und zum Epitheliom, um sich dann der Therapie zuzuwenden. Levy-Bing erklärt die Leukoplasie für eine Krankheit, die stets syphilitischen Ursprungs ist, sie kann, wenn sie nicht behandelt wird, stationär bleiben oder in einzelnen Phasen fortschreiten und schliefslich sich in eine epitheliomatöse Form verwandeln. Wird von Anfang an eine energische und langdauernde Behandlung mit Quecksilberinjektionen angewendet, so kann die Leukoplakie vollkommen heilen, oder wenigstens sehr gebessert werden und kommt es dann nie zur Entwicklung eines Carcinoms.

III. **Über konzeptionelle Syphilis**, von Barthélemy-Paris. Ein umfangreicher, die ganze Frage behandelnder Vortrag, der die Stellung B.s genau wiedergibt und auch Prognose und Therapie ausführlich behandelt.

IV. **Über die Heredität der Lepra**, von Zambaco Pascha-Konstantinopel. Verfasser hält die pathologische Heredität für feststehend bei der Lepra; die erbliche Lepra kann ausnahmsweise schon bei der Geburt auftreten oder etwas später, doch zeigt sie sich meist erst in der Zeit der Pubertät, auch kann sie vor oder nach dieser Zeit bemerkbar werden. Die Lepra kann eine oder mehrere Generationen überspringen, sie befällt dann das Nervensystem. Die Erblichkeit der Lepra ist eine familiäre, zuweilen ganze Rassen befallend, wie z. B. die Juden, und hält sich auf diese Art konstant von Alters her in bestimmten Gegenden, z. B. Bretagne, Finisterre. Doch zeigt sie sich sporadisch in ganz Europa ohne neue Übertragung. Die hereditäre Lepra der Nachkommen kann in anderer Form auftreten als bei den Vorfahren; zeigten letztere tuberöse Form, so können erstere Nervenlepra haben und umgekehrt, auch kann eine Para-Lepra entstehen. Die Frau eines Leprösen, welche auf ihr Kind hereditäre Lepra überträgt, bleibt selbst frei von Lepra, bei der Placenta solcher Mütter findet man keine Leprabazillen, ebensowenig im Blut oder den Flecken der neugeborenen leprösen Kinder. Häufig kommt es, ebenso wie bei Lues, zu Aborten. Sind beide Eltern leprös, so ist natürlich die Gefahr für kranke Kinder am gröfsten, doch ist es nicht unbedingt nötig, dafs die Kinder Lepröser wieder leprakrank werden, es kommt vor, dafs in einer Familie kranke und gesunde Kinder wechseln, Ernährung, Reinlichkeit, Wohlleben spielen eine grofse Rolle, doch gewähren sie keinen absoluten Schutz gegen Infektion Im allgemeinen ist die Lepra, dank der hygienischen Mafsregeln, im Schwinden, oft wird sie auch spät oder gar nicht bemerkt. Der Hauptwert, um die Lepra schwinden zu lassen, liegt in der Verhinderung der Ehe der Leprösen, und in der Errichtung von Leproserien und Trennung der Geschlechter.

V. **Über Leukoplasie**, von Milian-Paris. Eine eingehende Besprechung über Ätiologie, Symptomatologie, Anatomie und Diagnose, Therapie aller Arten von Leukoplasie. Einzelheiten herauszugreifen würde die Einheitlichkeit dieses klaren Vortrags nur stören.

Das Resumé der Vorträge in der Sektion Dermatologie und Syphilographie auf dem Lissaboner medizinischen Kongrefs. Das Heft enthält ein Referat über folgende Vorträge, da es sich um Referate und Zusammenstellung von Thesen handelt, so können hier, um Wiederholungen und Weitläufigkeiten zu vermeiden, nur die einzelnen Themata kurz aufgeführt werden. Sie lauten:

Alfred Regensburger-San Franzisko: **Über Lichen ruber.**

Auguste Ravogli-Cincinati: **Über Hautkrebs.**

Hallopeau-Paris: **Beiträge zur Klinik, pathologischen Anatomie und Ätiologie der Granulosis rubra nasi.**

Derselbe: **Über einen Fall von Idiosynkrasie gegen salicylsaures Quecksilber.**

Saurez de Mendoza-Paris: **Über Syphilis des Verdauungstractus.**

Silva Jones-Lissabon: **Über rasche Vernarbung eines harten Schankers ohne Lokalbehandlung.**

Achille Breda-Padua: **Brasilianische Framboesia oder Bouba.**

George Dresch-Arriège: **Über Schwefelbäder bei Syphilis in Verbindung mit Injektionskuren.**

Charles W. Allen-New York: **Über die Häufigkeit der Hautkrankheiten.**

Edmund Saalfeld-Berlin: **Therapeutische Mitteilungen.**

Derselbe: **Zur Färbung glatter Muskelfasern.**

Gonzales Urueña-Mexico: **Beobachtungen über Lues in Mexico.**

Heidingsfeld-Cincinati: **Über Pityriasis rubra pilaris, deren Therapie und pathologische Anatomie.**

C. W. Allen-New York: **Vorschlag für internationalen Gebrauch von Skalen für Messungen in der Dermatologie.**

Balvey-Bas: **Über sporadische Pellagra bei einer 30jährigen Frau.**

Alfred Chatin-Uriage-les-Bains: **Über Schwefelquellen und Syphilis.**

Elie Metschnikoff-Paris: **Weitere Mitteilungen über experimentelle Syphilis.**

Max Joseph-Berlin: **Über Leukoplasie.**

H. Radcliffe Crocker-London: **Über die Ursache der Alopecia areata.**

Die Reichhaltigkeit der Arbeiten zeigt, dafs ein eingehendes Referat nicht am Platze wäre. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 81. Heft 2 und 3. September 1906.

I. **Über die Peri- und Endolymphangitis syphilitica**, von S. Ehrmann-Wien. Verfasser macht eine zweite Mitteilung zur Pathologie der Initialsklerose. Aus den früheren schon publizierten Mitteilungen ergab sich, dafs die Veränderungen der Lymphgefäfse in der Sklerose gewifs nicht das Primäre sind, sondern dafs die ersten

Veränderungen die Gewebsspalten betreffen, in denen Neubildung von Blutkapillaren und perivaskuläre Infiltration der Blutgefäfse des Papillarkörpers zuerst auftritt. Das entspricht der Annahme, dafs die Syphiliserreger zuerst in die Gewebsspalten gelangen, von da auf die Blutgefäfse einwirken, gewifs aber noch frühzeitig ihren Weg in die Lymphgefäfse finden, worauf die intimale Wucherung in den Lymphgefäfsen schon jene Lymphgefäfse zeigen, welche die Lymphe des Papillarkörpers unmittelbar aufnehmen. Dafs auch weiter noch Syphiliserreger im Bindegewebe weiter wandern, dafür spricht die den Bindegewebszügen folgende streifige Infiltration mit Neubildung von Blutgefäfskapillaren. Ein Teil des Virus folgt den zu den Lymphgefäfsen tendierenden Bindegewebsspalten und von da in die mit Wänden versehenen kleinsten Lymphkapillaren, wofür die Anschoppung derselben mit Leukocyten spricht, und von da in die gröfseren und schliefslich in die mit Muskelfasern versehenen Lymphbahnen, wenn auch hier die Möglichkeit nicht ausgeschlossen erscheint, dafs das Virus auch durch die Gewebsspalten direkt hierher gelangt. Die Wucherung und die Kapillarblutgefäfswucherung in der Lymphgefäfsintima in den verschiedensten hier beschriebenen Formen ist wohl zu einem Teil auf das in dem Innern der Lymphgefäfse befindliche, zum anderen Teil auf das durch die einmündenden kleinen Lymphgefäfse, die eine Strecke lang vor der Einmündung im intimalen Gewebe verlaufen, und endlich wohl auf das durch die Gewebsspalten sowie die in ihnen verlaufenden Blutgefäfse und zugeführtes Virus zu beziehen. Auch Levaditi, Blaschko u. a. sahen die Lagerung der Spirochäten in den Bindegewebsspalten, wie Ehrmann beschrieben, ebenso sahen sie Scherber, Mucha, Blaschko im Innern von Lymphgefäfsen der Sklerosen. In derselben Lymphsubstanz hat Ehrmann sie sowohl im endolymphangitischen Gerüstwerk, wie im perilymphangitischen Infiltrate, sowie im Momente des Durchtretens durch die Muscularis, teils in typischen, teils in degenerierten Formen gesehen. Auch im Perineurium und im Innern der Nervenscheide zwischen den Nervenfasern fand er zahlreiche Spirochäten.

II. **Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung: Trichonodis**, von Galewski-Dresden. Es handelt sich um eine scheinbare Knotenbildung der Haare an zwei Fällen. Die Haare brechen in den scheinbaren Knoten ab und es bleibt ein trichorrhexisähnlicher Stumpf zurück, an welchem das Haar wie aufgefasert erscheint. Die Knoten bestehen aus zwei falschen Doppelschlingen, zuweilen sogar aus drei. Die Knoten treten mehr gegen das Ende des Haares. als nach der Wurzel selbst zu auf. Mikroskopisch und bakteriologisch fand sich nichts für die Ätiologie Hinweisendes. Die Haare waren dünn, atrophisch, pigmentlos. Es handelt sich um eine Wachstumsstörung. Therapie versagte.

III. **Über Atoxyl mit besonderer Berücksichtigung des biologischen Arsennachweises bei dessen Anwendung**, von Karl Oplatek - Prag. Der biologische Nachweis des Arsen mittels des Penicillium brevicaule bei subcutaner Atoxyldarreichung zeigt auffallende Unterschiede gegenüber den Befunden bei andersartigen Arsenapplikationen. Derselbe gelingt, wenn er überhaupt positiv ausfällt, ebensogut mit einer Reihe für die menschliche Haut pathogenen Hyphomycetenarten.

IV. **Über Tuberosis cutis pruriginosa**, von Hans Hürner-Frankfurt a. M. Bei einem alten Herrn, dessen innere Organe Arteriosklerose und Emphysem zeigten, fanden sich auf der Haut drei verschiedene Prozesse, nämlich Jucken, Knotenbildungen und ein grofses Cancroid am Unterschenkel, welch letzteres sehr langsam gewachsen war. Ebenso hatte das Jucken enorm lange gedauert, an den juckenden Stellen entstanden Knötchen wie bei Urticaria perstans. Über ähnliche Fälle hat schon früher Hartmann berichtet, ebenso Kreibich, Fabry, Johnston und Corlett. Mikroskopisch zeigten sich alle anatomischen Charaktere der chronischen Hautentzündung, der Juck-

reiz war das primäre, die Hauteffloreszenzen das sekundäre, es waren jedenfalls entzündliche Neubildungen. Verfasser nennt die Krankheit Tuberosis cutis pruriginosa.

V. **Zum Nachweis der bazillären Ätiologie der Folliclis**, von Carl Leiner und Fritz Spieler-Wien. Da die bazilläre Ätiologie der Folliclis noch nicht sichergestellt erscheint, so machten Verfasser in möglichst einwandfreier Weise tierexperimentelle Prüfungen, in der Überzeugung, dafs der wiederholte positive Inokulationsversuch allein die sichere Entscheidung zu bringen vermöge. Bei drei Versuchstieren zeigte sich kurze Zeit nach der Inokulation lokale Infiltratbildung und in dieser hochgradige Verkäsung. Eine hochgradige Abschwächung der Virulenz der mit den Folliclisknötchen überimpften Tuberkelbazillen fand nicht statt. Auf Grund der drei positiven Ausfälle der drei einwandfreien Inokulationsversuche auf Meerschweinchen halten Verfasser die bazilläre Ätiologie der Folliclis für bewiesen.

VI. **Über Pellagra mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ungarn**, von Franz v. Veress-Kolozsvár. Die Pellagra ist eine endemische Volkskrankheit, die sporadisch nicht aufzutreten pflegt und stets nach Genufs verdorbenen Maises entsteht. Die in den 70er Jahren vorigen Jahrhunderts in einzelnen Teilen Ungarns aufgetretene Pellagraepidemie hat entweder aufgehört oder derart abgenommen, dafs sie Jahre hindurch der Aufmerksamkeit der Ärzte entwich und sich nur 1898 erneuerte und in bedeutenderem Mafse verbreitete, besonders in den siebenbürgischen, hauptsächlich von Walachen bewohnten Komitaten. In jenen Gegenden ist der Mais das Hauptnahrungsmittel der Bevölkerung. Es sollte daher dort mehr auf die Pellagra geachtet werden, besonders auch vom Staat.

VII. **Beitrag zur Klinik, Histologie und Pathogenese der Pityriasis rubra (Hebra)**, von Heinrich Kanitz-Kolozsvár. Der Symptomenkomplex der Pityriasis rubra chronica kann in ganz gleicher Weise durch verschiedene Faktoren verursacht werden, der Begriff der Pityriasis rubra mufs für die idiopathischen Fälle vorbehalten werden. Ein solcher Fall wurde an der Klinik in Kolozsvár beobachtet, den Verfasser genau schildert. Die histologischen Untersuchungen ergaben folgendes: Anfangs reaktive Reizerscheinungen seitens der Lederhaut, die in der Erweiterung der Gefäfse, in dem geringen Ödem der papillären und subpapillären Schicht und in der Infiltration um die subpapillären Gefäfse zum Ausdruck gelangt. Nebenbei besteht eine Funktionsstörung der Zellen des Rete Malpighi, die sich in der lebhafteren Proliferation und abnormen Verhornung derselben offenbart. Später wird das Bild durch die Atrophie der papillären und subpapillären Schicht beherrscht, die durch eine geringere Atrophie der Epithelschicht und das Zugrundegehen der Haarfollikel und Talgdrüsen begleitet wird. Die Atrophie des Papillarkörpers und des Stratum subpapillare erreicht jedoch nirgends eine höhere Stufe, wenn der histologische Befund mit den klinischen Symptomen übereinstimmt. Aus den Befunden lassen sich keine weitgehenden Folgerungen ziehen. Der Verfasser ist trotz des von ihm eingenommenen reservierten Standpunktes keineswegs geneigt, in dem relativ häufigen Zusammentreffen gewisser exfoliativer Erythrodermien und tuberkulöser Erkrankungen einen blofsen Zufall zu erblicken. Er hält sich vielmehr berechtigt zur Annahme, dafs ein Teil der in den Begriff der Pityriasis rubra Hebra rubrizierten Krankheitsprozesse mit gröfster Wahrscheinlichkeit auf tuberkulöser Basis zustande kommt.

VIII. **Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis**, von Moritz Oppenheim-Wien. (Schlufs.) Die beiden von O. beobachteten Fälle geben ein gutes Bild der beiden Formen der Atrophia maculosa. Der erste Fall entspricht jener Form, die immer makulös bleibt, bei der es nie zu derartigen diffusen Hautveränderungen kommt, wie man es bei der Akrodermatitis atrophicans zu sehen gewohnt ist. Der Typus des klinischen Bildes ist der, dafs sich aus einem kleinen erythematösen Fleck, ohne sub-

jektive Symptome, allmählich eine weifse, gefältete, wie narbig aussehende, atrophische Stelle entwickelt, bald mit Farbendifferenzen der zentralen und peripheren Anteile der Effloreszenzen, bald ohne solche, einmal mit lockerer Vorwölbung der atrophischen Partien als Endausgang, ein andermal ohne dieses Endstadium. Der zweite Fall entspricht jener Form, bei der sich neben mehr oder weniger ausgeprägten, diffusen, atrophischen Hautveränderungen an den Lokalisationsstellen der Akrodermatitis atrophicans zerstreute makulöse Hautatrophien finden, die sich in analoger Weise entwickeln wie beim ersten Typus, jedoch meistens ein papulöses oder vesikulöses Vorstadium haben. Das histologische Bild ist bei beiden Formen dasselbe. Mäfsige Entzündungserscheinungen leiten ein lokales Schwinden des elastischen Gewebes ein, in ganz umschriebener Form, dem dann ein Atrophieren der übrigen die Haut konstituierenden Elemente folgt. Sekundär kann es zur Entwicklung von Fettgewebe in den höheren Bindegewebsschichten der Cutis kommen. Dieser ganze Prozefs dürfte vielleicht mit Tuberkulose im Zusammenhang stehen, da fast alle bisher beobachteten Fälle Zeichen von Tuberkulose aufwiesen.

IX. **Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie**, von Paul Rusch-Innsbruck. (Schlufs.) Der zweite Abschnitt dieser umfangreichen Arbeit behandelt die Formen von Hautatrophie, bei welchen die entzündlichen Erscheinungen schon makroskopisch-klinisch wahrnehmbar sind, und zwar behandelt Verfasser Fälle von vorwiegend atrophischem Aussehen, und Fälle, die vorwiegend Entzündungsbilder darstellen. Beide Sorten hat er untersucht und beschreibt sie genau klinisch und histologisch. Im Anhange bespricht er die verschiedenen Ansichten der Autoren über Pathogenese und Ätiologie dieser Erkrankung, der idiopathischen Hautatrophie. Der dritte Abschnitt gilt der circumskripten Hautatrophie (Rille), welche Verfasser ebenfalls selbst beobachtet hat und die er ausführlich schildert. Seine Anschauungen fafst er schliefslich dahin zusammen:

1. Die unter dem Namen der diffusen und circumskripten Hautatrophie, des Erythema paralyticum, der Erythromelie, der Akrodermatitis chronica atrophicans und der Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées beschriebenen Krankheitsbilder sind nosologisch zusammengehörig.

2. Ihrer Genese liegt ein Komplex chronisch entzündlicher und atrophisierender Vorgänge zugrunde.

3. Entzündung und Atrophie sind als koordinierte, bis zum gewissen Grade von einander unabhängig verlaufende Prozesse aufzufassen. Sie beteiligen sich am Zustandekommen der Hautveränderungen in quantitativ sehr verschiedenem Verhältnisse und bieten einzeln für sich betrachtet gelegentlich auch qualitative Unterschiede, doch sind diese Differenzen der Hauptsache nach auf zeitliche und lokale Faktoren zurückzuführen.

4. Vom klinischen Standpunkte lassen sich zwei Typen unterscheiden, welche sich jedoch nicht scharf gegenüberstehen, sondern die mannigfachsten Übergangsformen aufweisen. Es gibt erstens Fälle, bei welchen die entzündlichen Vorgänge nur anatomisch nachweisbar sind und welche makroskopisch vom Beginn der Krankheit ab und während ihres ganzen Verlaufes stets das Bild scheinbar idiopathischen Gewebsschwundes repräsentieren. Es gibt ferner Fälle, bei welchen die entzündlichen Vorgänge über die atrophischen dominieren, namentlich in den Frühstadien der Erkrankungen; dadurch treten die sinnfälligen Merkmale der Atrophie mehr oder weniger zurück, stellenweise mitunter vollständig, oder sie kommen erst im weiteren Krankheitsverlaufe zutage.

5. Das konstanteste Symptom aller dieser Formen bildet eine wohl zum gröfsten Teil auf Gefäfsdilatation beruhende Hautrötung.

6. Die Erkrankung scheint in jedem Falle das ganze Leben hindurch zu bleiben, zeigt aber klinisch Remissionen und Exacerbationen der atrophischen, beziehungsweise der entzündlichen Veränderungen.

7. Es war bisher weder eine vollständige Rückbildung der einmal entwickelten Krankheitserscheinungen, noch ein echtes Abheilungsstadium (Narbe) mit Sicherheit festzustellen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

1906. Nr. 12.

I. **Ein Fall von Elephantiasis**, von Heidenhain-Insterburg. Eine 68jährige Frau, bei der Lepra von vornherein ausgeschlossen werden mufs, fing seit zwölf Jahren an, Zeichen von Paralysis agitans zu zeigen, die sich allmählich verschlimmerten und jetzt absolut hochgradig sind, die oberen Extremitäten sind total atrophisch. Das Hauptinteresse erregt die Erkrankung der Füfse und Unterschenkel, besonders linkerseits; hier besteht eine kolossale Elephantiasis, daneben ist auf der Rückseite beider Unterschenkel je ein Geschwür, links von über Handgröfse, rechts von Talergröfse, je 1½ cm tief, Krampfadern bestehen nicht. Die mikroskopische Diagnose eines exzidierten Stückes bestätigte das Nichtvorhandensein von Lepra und das Bestehen einer Elephantiasis.

II. **Heliotherapie der Psoriasis**, von Max Joseph. Im Gegensatz zu Michael Guhr, welcher über günstige Wirkungen der Sonnenbäder bei Psoriasis berichtet, schildert Joseph einen interessanten Fall, wo durch Einwirkung des Sonnenlichtes eine Psoriasis geradezu provoziert wurde. Es handelte sich um eine 35jährige Dame, die stets gesund gewesen war und nie an einer Hautkrankheit gelitten hatte. Im Sommer war sie monatelang im Nordseebade und lag dort mit einer durchbrochenen Bluse täglich am Strande, den Sonnenstrahlen ausgesetzt. An allen den Stellen, wo die Strahlen direkt die Haut trafen, entstanden typische Psoriasisflecken, welche unter Dreuwscher Salbe und Arsen intern verschwanden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Lepra.

1906. Band VI, Heft 4.

VIII. **Die Lepra auf der Insel Ösel. Eine epidemiologische Untersuchung**, von S. Talwik-Dorpat. Die Insel Ösel mit 60000 Einwohnern ist vor dem Eingang des Rigaschen Meerbusens gelegen. Überall wo auf ihr Lepra auftritt, sind die Einzelerkrankungen nicht sporadisch zerstreut, sondern zeigen eine herdweise Anordnung, indem sie sich in einzelnen bestimmten Dörfern gruppenweise — zu je zwei bis zehn und mehr Fälle beisammen — anhäufen. Solcher in bestimmten Dörfern lokalisierter Leprafälle gibt es auf der Insel 47 mit zusammen 192 Leprafällen. Das sind, bei insgesamt 202 Leprakranken auf Ösel, 95% aller Fälle. Bei genauerer Durchforschung der einzelnen Lepraherde stellte sich heraus, dafs auch innerhalb dieser Einzelherde eine strenge Auslese stattgefunden hat. Es finden sich z. B unter zehn bis fünfzehn Bauerngehöften eines Lepradorfes nur ein bis zwei, die von der Krankheit heimgesucht worden sind, während die übrigen leprafrei bleiben. Diese Anhäufung der Leprafälle auf einem verhältnismäfsig kleinen Terrain, die herdweise Verteilung in einzelnen Dörfern und in diesen wiederum in vereinzelten Bauernhöfen erscheinen dem Verfasser von hervorragender Wichtigkeit für die Beurteilung der Ätiologie der Lepra; er glaubt darin einen direkten Hinweis zu erblicken, dafs die Lepra Neigung

hat, sich in eng umschriebenen Bevölkerungsgruppen zu erhalten und fortzupflanzen, wie solche etwa die Bewohnerschaften einzelner Bauerngehöfte bilden. Der Verfasser nahm daher detaillierte Untersuchungen der einzelnen Lepraherde vor und versuchte die verschiedenartigen Beziehungen der einschlägigen Leprafälle untereinander nach Möglichkeit klar zu legen, namentlich suchte er festzustellen, ob die Lepra in den Bauernhöfen nur auf die Glieder der einzelnen im Gehöft wohnenden Familien beschränkt war oder ob sie auch auf andere, nicht zur Familie gehörige Hausgenossen übergriff. Es ergab sich, dafs 63 von 112 Fällen, also 56,3%, keinerlei Familienzusammenhang mit irgendwelchen anderen Leprakranken hatten. Von einer erblichen Übertragung der Lepra oder einer etwaigen auf hereditärem Wege erworbenen Prädisposition zur Lepra konnte in diesen Fällen keine Rede sein. Dagegen liefsen sich in allen einschlägigen Fällen mehr äufserliche, aber dauernde und enge, der Erkrankung vorhergehende Beziehungen der Erkrankenden zu schon leprösen Individuen zweifellos feststellen. Die Grundlagen für diese Beziehungen bietet vor allem die Hausgenossenschaft, der freundschaftliche, nachbarliche Verkehr, die gemeinsame Beschäftigung mit Leprösen, sowie die Bettgenossenschaft und die Benutzung der Kleider der Kranken. Es kann daher die Tatsache, dafs häufig Eltern und Kinder oder Angehörige einer Familie von der Lepra befallen werden, nicht mehr befremden, auch wenn die hereditäre Übertragung der Krankheit nicht zugestanden wird.

Dafs die Kontagiosität der Lepra, deren Verbreitung Armut, Elend, Schmutz, schlechte hygienische und soziale Zustände befördern, trotzdem nicht sehr intensiv ist und dafs im ganzen doch nur relativ wenig Menschen von der Seuche ergriffen werden, dürfte durch die Annahme zu erklären sein, dafs die natürliche Empfänglichkeit der Menschen für diese Krankheit im allgemeinen nicht sehr grofs ist, oder könnte an den biologischen Eigentümlichkeiten des Leprabazillus liegen, über welche freilich bis jetzt nur sehr wenig bekannt ist.

IX. **Geistesstörungen bei Lepra. Mit Berücksichtigung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprösen,** von v. Brukmann, Roubinowitsch und Gougerot-Paris. Unterschiede zwischen lepröser Polyneuritis und anderen Polyneuritiden werden durch den langsamen Verlauf der Lepra verursacht. In dem vorliegenden Fall war die polyneuritische Psychose durch Amnesie, Apathie, Willenslosigkeit, Verfolgungsvorstellungen und Delirium gekennzeichnet. Die anatomische Untersuchung ergab neben leichteren Affektionen der Nervenzentren schwere spezifische Veränderungen der peripheren Nerven.

Bemerkenswert waren in diesem Falle ferner Hautulcerationen, deren verschiedene Ätiologie die klinische Beobachtung und bakteriologische Untersuchung feststellte: sie waren zum Teil durch Streptokokken oder Staphylokokken veranlafst ohne leprös zu sein, zum Teil waren es Mischgeschwüre von Kokkeninfektion und Lepra. Bei der Autopsie boten Herz, Lungen, Nieren nur wenig charakteristische Veränderungen dar, während die cirrhotischen Veränderungen der Leber, Milz und Hoden bemerkenswert waren und sich den Veränderungen in den Nerven und der Haut näherten. Die lepröse Sklerose bildet den Abschlufs des leprösen Krankheitsprozesses und entsteht unter direkter Einwirkung der Leprabazillen ähnlich wie bei der Tuberkulose.

Schourp-Danzig.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrgang III. Heft 6.

Hämaturie durch Hefewirkung, von R. Wohlauer-Berlin. Ein Bäckerlehrling kam in Behandlung mit der Angabe, dafs er seit acht Tagen zum Schlufs der Urinentleerung unter heftigem Drange reines Blut entleere. Die Woche zuvor hatte er

an heftigen Magenbeschwerden, Kolik und Diarrhoe gelitten. Im Urin wurde eine reichliche Beimischung von Blut ohne sonstige Bestandteile konstatiert. Unter Verabreichung von Sandolholzöl und Morphium besserten sich die Erscheinungen sofort. Bei einer cystoskopischen Untersuchung fand man am Blasengrunde zwei hämorrhagische Stellen bei sonst normalem Befunde. Als Ursache des ganzen Symptomenkomplexes wurde der ausgiebige Genuſs von Bäckerhefe beschuldigt. Patient hatte heimlich gröſsere Quantitäten, wahrscheinlich ca. 20 g täglich acht Tage hindurch gegessen. Seitdem ist er zwei Jahre lang frei von Beschwerden geblieben.

Epilog zur NITZE-Feier, von E. R. W. FRANK-Berlin.

Extragenitale Primäreffekte, von O. STEINBORN-Thorn. Verfasser gibt einen Auszug von einer Reihe von Mitteilungen russischer Ärzte zu diesem Kapitel wieder. Die Originalaufsätze sind im *Russischen Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten* erschienen und bieten kasuistisch einige interessante Momente dar.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. MANASSEIN-St. Petersburg. (Übersetzt von O. STEINBORN-Thorn.) In diesem Schlufsteil seiner Berichterstattung zieht M. nun die Schlufsfolgerungen seiner verschiedenen Beobachtungen. In der Hauptsache auf die Beseitigung von Schäden in russischen Hospitälern gerichtet, sind seine Ausführungen auch anderweitig der Beachtung wert. Zunächst stellt er ein Postulat auf die gründlichere Isolierung der kontagiösen Kranken. Sodann bespricht er eingehend das Thema von der unzulänglichen Würdigung, welche der Dermatologie als Spezialfach in der Medizin zu Teil wird. Er fordert die Einstellung dieses Gebiets als obligatorischen Teil des Examens und auf der anderen Seite einen Ausbau der den Studenten gebotenen Gelegenheiten, dermatologische und venerische Kranke zu beobachten und deren Behandlung kennen zu lernen.

Heft 7.

Die vermeintlichen und die tatsächlichen Gefahren der Rute als Erziehungsmittel, von C. K. SCHMIDT-Heuert. In ausführlicher Darlegung wendet sich Verfasser gegen die Auffassung, als fördere die Anwendung der Rute als Strafmittel das Entstehen des Masochismus. In der Tat sei diese Abnormität in den letzten Jahren ganz entschieden in der Zunahme begriffen, während auf der anderen Seite eine Anwendung körperlicher Züchtigungen in der Schule und im Hause immer mehr beschränkt wird. In den meisten Fällen wird der Masochismus dadurch zur Entwicklung gebracht, dafs der betreffende, gewöhnlich gerade in der Pubertätszeit befindliche Mensch die körperliche Züchtigung nur als eine ganz leichte, gar nicht als Schmerz empfundene Erregung kennen gelernt, oder praktisch gar nicht erprobt hat und nur in seiner Gedankenwelt sich mit ihr beschäftigt wie z. B. so manche halbwüchsige Menschen sich mit der Lektüre von Schauerromanen sättigen und an Greueln aller Art ihre ganze Gedankenwelt aufbauen. In vielen Fällen wird der angehende Masochist durch die ersten erhaltenen regelrechten Schläge geheilt. Vorbauend wäre es am besten, meint Verfasser, von der Rute nie zu reden, sondern dieselbe im angezeigten Falle prompt und in energischer Weise anzuwenden.

Skizzen aus einem Magdalenenstift, von V. RUDOLF. Aus dieser anschaulichen kleinen Schilderung ist zu entnehmen, dafs zwar die einzelnen Zöglinge mancherlei Arten und Abstufungen des Charakters aufweisen, dafs aber im allgemeinen die Aussichten auf positive Resultate nur gering sind. Immerhin verdienen die Bestrebungen alle Unterstützung.

Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen, von C. RIES-Stuttgart. In diesem nur im Referat vorliegenden Vortrag bespricht R. den Gegenstand vom allgemeinen Gesichtspunkte aus, um der Ausbreitung der Syphilis durch die nötige Aufklärung entgegenzuarbeiten, ohne dafs er für den Spezialisten eigentlich neues

bringt. Zur Ergänzung des Referates möge erwähnt werden, dafs die Art der Eidesleistung an englischen Gerichtshöfen, die nach alter Sitte stets durch einen Kufs auf die Bibel bisher vollzogen wurde, seit einigen Jahren nicht mehr obligatorisch ist; auf Antrag mufs der Richter die Vereidigung „nach der schottischen Formel", die in ähnlicher Weise wie in Deutschland mit erhobener rechter Hand vorgenommen wird, zulassen. — Der Verfasser des gröfsten Werkes über Syphilis insontium heifst Bulkley und ist Amerikaner.

Heft 8.

Wirkung des Gonosans, von N. Zorne-Brünn. Verfasser hat das Gonosan bei 26 Fällen in den üblichen Dosen (Kapseln zu 0,3; davon täglich vier bis sechsmal zwei Stück zu nehmen) verordnet und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Namentlich sieht er nebenher bei dieser Medikation darin einen Vorteil, dafs die oft so unheilvollen Versuche, die Blennorrhoe durch frühzeitige Einspritzungen in die Harnröhre zu kurieren, wohl wieder etwas seltener werden dürften.

Gutachten des Geh. Rat Prof. Dr. Franz von Liszt in seinem „Lehrbuch des Strafrechts": „Ein Mädchen, das aus festen Verhältnissen einen gröfseren oder kleineren Teil seiner Einnahmen bezieht, treibt nicht gewerbsmäfsige Unzucht im Sinne des Gesetzes."

Über Dirnentum und Mutterschutz, von W. Hammer-Berlin. Um festzustellen, ob wirklich, wie behauptet worden ist, eine sehr grofse Zahl von unehelichen Kindern durch mangelhafte Fürsorge zu Dirnen werden, hat H. zunächst die ersten 100 Nummern seiner Lebensgeschichten von Kontrollmädchen vorgenommen. Unter diesen waren laut eigener Angabe 90 ehelich geboren, acht unehelich, und bei zwei waren die Aussagen so widersprechend und offenbar unwahr, dafs sie nicht verwertet werden konnten. Verfasser erkennt demnach nicht an, dafs unehelich geborene Mädchen unverhältnismäfsig oft der Prostitution ergeben. — Er weist aber nicht nach, dafs wirklich etwa 8% der Berliner Mädchen unehelich geboren sind. Ref.

Heft 9.

Ein Fall von Blasenlähmung infolge Verletzung der Cauda und des Conus medullaris, von Wolff-Metz. Ein Arbeiter wurde beim Tragen einer schweren Eisenstange infolge eines Unfalls mit dem Kreuz gegen einen Steinhaufen niedergeworfen. Erst einige Wochen später trat er wegen zunehmender Blasenbeschwerden ins Krankenhaus ein. Man konstatierte eine Schrumpfblase, Cystitis, Residualharn in einer Quantität von 3—400 ccm, unwillkürlichen Urinabgang und Mastdarmschwäche. Das Röntgenbild zeigt deutlich einen Bruch am zweiten Lendenwirbel. Nervöse Störungen fanden sich im Bereich des Beckengürtels und Umgebung in der bekannten „Schwimmhosenform".

Zur Behandlung der Neurasthenia sexualis, von N. Zorn-Brünn. Verfasser schreibt die günstigen Erfolge, welche er bei mehreren Fällen von Neurasthenia ex onania erzielte, in erster Linie der Verabreichung von Sanatogen in Dosen von 15 g, drei- bis viermal täglich gegeben, zu. Nebenbei wurden allerdings hydropathische Prozeduren, Elektrizität usw. angewandt. Die günstige Wirkung des Sanatogens erklärt er durch dessen Zusammensetzung aus Eiweifsstoffen im Verein mit 5% glycerinphosphorsaurem Natron. Er meint, dafs die Phosphorsäure direkt ersatzbildend auf die durch den sexuellen Mifsbrauch affizierte Nervensubstanz einwirkt.

Das Taschen-Injektionsbesteck nach Dr. Blank-Potsdam, von W. Hammer-Berlin. Das hier abgebildete und besprochene Besteck zur ambulanten Behandlung der Blennorrhoe ist praktisch eingerichtet und nicht teuer.

Über Dirnentum und Mutterschutz, von W. Hammer-Berlin. (Fortsetzung.) In dem hier vorliegenden Abschnitt dieses Aufsatzes teilt H. den Lebenslauf von vier

unehelich geborenen Prostituierten nach seinen Aufzeichnungen über ihre freiwilligen Aussagen mit. Er will damit den Nachweis liefern, dafs die Gefahr, der Prostitution zu verfallen, bei unehelichen Mädchen nicht gröfser ist als bei ehelich geborenen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatsberichte für Urologie.

1906. Heft 8.

I. **Morphologische Beiträge zur Kenntnis des männlichen Urogenitalapparates,** von Alexander von Lichtenberg-Heidelberg. Kurzer Bericht über anatomische und entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen, welche unter dem Titel: „Beiträge zur Histologie, mikroskopischen Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Urogenitalkanals des Mannes und seiner Drüsen" ausführlich in den *Anatomischen Heften* von Merkel und Bonnet (I. Abteilung, 93. Heft) veröffentlicht worden sind. Die Untersuchungen beziehen sich auf die Schleimhaut der Pars cavernosa des Urogenitalkanals, auf die Morphogenese der accessorischen Geschlechtsdrüsen, vornehmlich die der Cowpertschen Drüsen, und auf die Morphogenese des kavernösen Apparates. Aus den Untersuchungen der letzteren geht hervor, dafs die drei Schwellkörper des Penis ontogenetisch nicht gleichwertige, selbständige Gebilde sind, denen nur ihr Mutterboden, das Mesoderm des Genitalhöckers, gemeinsam ist. Das älteste von ihnen ist das Corpus cavernosum penis, dessen einheitliche Anlage beim Menschen erst im Laufe der Entwicklung unvollkommen aufgeteilt wird. Von einem Corpus cavernosum glandis kann man nur reden, wenn man an die selbständige Entstehung denkt, doch ist angesichts des histologischen Charakters diese Bezeichnung nicht zulässig.

II. **Beiträge zur Nierenchirurgie,** von S. Groszlik.

a) **Röntgenogramm einer Krebsniere, einen Stein simulierend.** Bei einem 58jährigen Patienten mit profuser hartnäckiger Hämaturie, welche über drei Monate gedauert und schwere Anämie und Kräfteverfall zur Folge hatte, schien die Diagnose Nephrotithiasis radiographisch zweifellos sicher. Das Radiogramm zeigte in der linken Nierengegend neben der zwölften Rippe eine für Röntgenstrahlen undurchlässige Stelle. In der durch Operation entfernten Niere aber fand sich, dafs ihre obere Hälfte der Sitz einer weichen in der Mitte zerfallenden, die ganze Marksubstanz und den gröfsten Teil der Rindensubstanz einnehmenden Geschwulstmasse war. Innerhalb der Krebsmassen lagen einige lose zusammenhängende, schwarze, harte, brüchige, verkalkte Gerinnsel in Gestalt von Schuppen von der Dicke einer Haselnufsschale.

Bei einem 48jährigen Manne war linksseitige Nephrotithiasis mit radioskopisch festgestellten Harnkonkrementen im linken Nierenbecken diagnostiziert worden. Die ein Jahr später vorgenommene Durchleuchtung ergab in den Lungen rundliche Schatten mit scharfen Konturen, welche als Metastasen der Nierengeschwulst zu betrachten waren, und in der Niere einen Stein. In Beziehung auf den ersten Fall nimmt der Verfasser auch hier die Wahrscheinlichkeit an, dafs der für Röntgenstrahlen undurchgängige Körper ein Blutgerinsel war, welches sich in der blutenden Geschwulstmasse bildete und dann verkalkte. Es bedeutet der charakteristische Schatten nicht immer die Existenz eines Steines; ebenso bildet ein negatives Resultat, besonders auf Radiogrammen fettleibiger Personen, keinen Beweis gegen die Anwesenheit von Harnkonkrementen in der Niere.

b) **Hypernephrom und Stein in einer Beckenniere, kompliziert durch eine ungewöhnliche Form von Milzdystopie.** Bei der Operation einer 79jährigen Frau, bei welcher ein bei mehrmaliger klinischer Untersuchung der Nierengegend palpiertes

Organ für eine Niere gehalten wurde, stellte sich dieses Organ als eine freigewordene, im Nierenfett gelagerte Milz heraus; ferner handelte es sich in diesem Falle um die Coexistenz dreier Krankheitsformen in einer Niere: um Dystopie, Neubildung und Stein. *Schourp-Danzig.*

Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 10.

1. **Urticaria depressa**, von Hans Vörner. Bei einem sonst gesunden Manne, der nie an Hautaffektionen gelitten hatte, fand V. an beiden Vorderarmen, am Halse und in der Gürtelgegend intensiv rote, landkartenartig begrenzte Flecken, die ca. 3 mm unter dem Niveau der umgebenden Haut lagen; der Rand der gesunden Haut fiel gegen die geröteten Partien, die sich derb und hart anfühlten, steil ab. Innerhalb der Flecken sah man mehrere runde, 2—20 mm im Durchmesser haltende Tafeln, deren Niveau und Färbung genau dem Niveau und der Färbung der normalen Haut entsprachen. Die Affektion hatte während der Nacht mit heftigem Brennen begonnen; am Abend vorher hatte der Kranke scharfen Käse in reichlicher Menge gegessen, seine Zunge war belegt, der Stuhlgang schlecht. Der Patient erhielt ein Laxans, am anderen Morgen waren an Stelle der beschriebenen Veränderungen nur mehr hellrote Flecken vorhanden.

2. **Bericht des Kreisarztes Medizinalrat Dr. Urbanowicz über Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen angestellt durch O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz.** Im Lepraheim bei Memel wurden auf Veranlassung Lassars neun Kranke mit Röntgenstrahlen behandelt; sechs von den neun Fällen wiesen die tuberöse Form, zwei die anästhetische, einer die gemischte Form von Lepra auf. Eine Heilung der Lepra durch Behandlung mit Röntgenstrahlen war bei der allgemeinen Verbreitung der Leprabazillen im infizierten Körper einerseits und der örtlichen Wirkung der Röntgenstrahlen andererseits von vornherein nicht wahrscheinlich, und die Resultate der Bestrahlungen waren bei weit vorgeschrittenen Krankheitsfällen in der Tat gleich Null. Lokale Wirkungen an den bestrahlten Stellen waren unverkennbar; sie bestanden an geschwürig veränderten Partien in geringerer oder stärkerer Rötung, trockener Ätzung, Entzündung, Bläschen- und Blasenbildung und selbst in Gangrän, so dafs die Behandlung mehrfach wegen der zu starken Reaktion abgebrochen werden mufste. An den Schleimhäuten zeigte sich zunächst Schwellung und Verstärkung der Absonderung, nach dem Abklingen der Reaktion wurde die Sekretion geringer. Am besten war die Wirkung auf cutane Knoten und Infiltrationen; kleinere Knoten verschwanden zum Teil ganz, bei gröfseren kam es zur Abflachung und Abschuppung, in der Erweichung befindliche Knoten zerfielen und verheilten durch Vernarbung. Ob diese Erfolge dauernde sind, müssen allerdings erst weitere Beobachtungen zeigen; jedenfalls aber scheint die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei Initialfällen mit zerstreuten isolierten Knoten und Knotenhaufen und Infiltrationen nicht ganz aussichtslos; zwei bis drei Bestrahlungen in der Woche dürften bei solchen Kranken genügen, doch müfste der Versuch ein halbes Jahr oder länger fortgesetzt werden. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

September 1906.

Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten, besonders in Beziehung auf gewisse Angioneurosen, von S. Ernest Dove-Cantab. Das Vorkommen

von Hauteruptionen als Folge von Nierenerkrankung ist weniger häufig, als man nach dem engen physiologischen Zusammenhang zwischen Haut und Nieren erwarten konnte. Pruritus findet man entweder lokal oder allgemein im Früh- und Spätstadium der Brightschen Krankheit, Urticaria selten, aber häufiger wieder Ekzema, Erythema, Blaseneruptionen, Purpura usf. Andererseits kommt es auch vor, dafs Nierenaffektionen aus Hautaffektionen entstehen, wobei in erster Linie Ekzema steht; Scabies ist oft mit Albuminurie verbunden, ebenso Pityriasis rubra, Lupus erythematosus usf. Was die Nervenkrankheiten betrifft, so ist bekanntlich Herpes zoster diejenige Hauterkrankung, bei welcher der Zusammenhang mit organischer Veränderung im Nervensystem feststeht. Im allgemeinen folgt Dove bei diesem Kapitel der Auffassung von Radcliffe Crocker, dessen Hauptsätze folgende sind: 1. Die Art von Hauteruption, durch Erkrankung der Nerven verursacht, ist eine sehr verschiedene, oft ohne erkennbaren Grund, wenn die Erkrankung auch scheinbar ganz die gleiche ist. 2. Ein und dieselbe Eruption kann ihren Ursprung in irgendeinem fehlerhaften Zustand, der in der Nervenkette vom Zentrum bis zur Peripherie geht, haben. 3. Dieselbe Art von Nervenerkrankung, welche zu einer Zeit eine Eruption oder irgendeine Störung in der Haut verursacht, hat zuweilen, ja häufiger keinerlei derartige Wirkung. (Fortsetzung folgt.) *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 7.

Grofsfleckiges Hauterythem mit Atrophodermie bei einem Tuberkulösen, von J. Nicolas und M. Favre. Die Arbeit bringt einen Beitrag zur Frage der idiopathischen makulösen Hautatrophien. Bei einem jetzt 54jährigen Manne von guter Gesundheit entwickelten sich im Anschlufs an eine Pleuritis, die er vor acht Jahren durchgemacht hatte, auf den Extremitäten und am Rumpfe erythematöse Herde, die sich in den letzten Monaten rasch vergröfserten. In ihrer Mitte entstanden atrophische, meist rundliche Flecke von Linsen- bis ein Francsstückgröfse. Die erkrankte Epidermis ist auf ihrer Unterlage besonders leicht verschieblich. Mikroskopisch handelt es sich um eine Verkürzung der Epidermis in ihrem Tiefendurchmesser und Verschwinden ihres normalen Pigments. In der Cutis besteht eine Rundzelleninfiltration, besonders um die Gefäfse herum; entsprechend der Ausdehnung der atrophischen Flecke ist die Epidermis von ihrer Unterlage ganz gelöst und das elastische Gewebe ist hier völlig geschwunden.

Auf Grund der klinischen Beobachtung und des mikroskopischen Befundes betrachten die Verfasser diesen Fall als eine idiopathische makulöse, umschriebene Hautatrophie. Aber zwischen ihm und den übrigen einschlägigen Beobachtungen bestehen doch auch einige wesentliche Unterschiede. Einmal ist er der erste bei einem Manne verzeichnete Fall einer derartigen Hautatrophie. Es scheint ferner bei ihm das Erythem die Hauptrolle zu spielen und die Atrophie erst als dessen Folge aufzutreten, so dafs man es viel eher mit einem Erythema extensivum nebst Atrophodermie als mit einer Atrophodermia erythematosa zu tun hat. Endlich weisen die Verfasser auch noch auf einige bemerkenswerte Abweichungen des histologischen Befundes hin. Aus diesen Gründen können sie sich nicht entschliefsen, ihren Fall mit den bisherigen Beobachtungen zu identifizieren, sondern bezeichnen ihn mit Rücksicht darauf, dafs ihr Patient tuberkulöse Symptome aufweist, als ein Toxituberculide à larges placards érythémateux extensifs avec atrophodermie à type maculeux.

Apoplexia hepatica im Verlauf der Syphilis, von E. Devic und L. Bériel. Es liegt bereits eine Reihe von Veröffentlichungen vor, die von Leberrupturen mit

tödlichem Ausgange berichten, ohne dafs eine äufsere Gewalt eingewirkt hätte; die Patienten starben vielmehr plötzlich im Verlauf einer inneren Erkrankung, und bei der Sektion fand man eine starke Blutung in die Bauchhöhle, herrührend von einem plötzlichen Rifs der Leber. Einen solchen Fall, den sie im Lyoner Krankenhause beobachtet haben, teilen auch die Verfasser mit. Ihr 41jähriger Patient, der mit 20 Jahren die Syphilis erworben hatte, kam mit ausgesprochener Nephritis zur Aufnahme und litt besonders unter Asthma urinosum. Er hatte sich eines Morgens nach ruhiger Nacht aus dem Bett erhoben; als er sich wieder niederlegen wollte, fiel er bewufstlos nieder, bekam epileptoide Zuckungen und starb nach einigen Stunden im tiefsten Coma. Die äufserste Blässe der Haut und der Schleimhäute deutete auf eine innere Blutung. Die Sektion ergab einen grofsen Einrifs auf der unteren Fläche des rechten Leberlappens. Diese Ruptur war die Folge einer interparenchymatösen Blutung, einer sogenannten Apoplexie der Leber; die Blutung kommt durch einen Rifs der gröfseren Gefäfse oder häufiger durch einen hämorrhagischen Infarkt zustande, und für diese pathologischen Zufälle ist in letzter Linie die Syphilis verantwortlich zu machen.

Kleinste syphilitische Schanker (Chancres nains) auf der Lippe und der Zunge, von Benjamin Bord. Der 49jährige Träger dieser zwergenhaften Ulcera hatte aufserdem zwei regelrechte Geschwüre an seinem Glied. Ohne diesen Nebenbefund wäre die Diagnose der Störungen auf Zunge und Lippe wegen ihrer ungewöhnlichen Kleinheit schwer gewesen. Und doch hatte Patient ihretwegen, da sie ihm beim Sprechen und Kauen Schmerzen bereiteten, die Klinik aufgesucht. Nachdem ihre syphilitische Natur aber einmal festgestellt war, gab er auch zu, mit einer luetischen Person Verkehr gehabt zu haben. Endlich liefs sich in den Zwerggeschwüren der Zunge und der Lippe auch die Spirochaeta pallida nachweisen. Die Halsdrüsen waren geschwollen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band II. Heft 15.

1. **Die Unterbindung der Vena renalis,** von Michel Jungano-Neapel.

2. **Diagnose und Behandlung der Geschwüre am Penis,** von Jeanselme. Klinischer Vortrag, der nichts Neues bringt.

Heft 16.

1. **Behandlung der Hodentuberkulose,** von Louis Batut. Während in der letzten Zeit speziell in Frankreich immer mehr Autoren für ein möglichst konservatives Vorgehen bei Hodentuberkulose eintreten und die Resektion der kranken Partien an Stelle der Kastration empfehlen, ist B. durchaus kein Gegner der Radikaloperation, widerrät aber den Ersatz exstirpierter Hoden durch Prothesen. (Hoden aus Zelluloid oder Paraffin.) In gewissen Fällen kann auch die Resektion der kranken Partien Heilung bringen, und B. selbst hat, wie einer der mitgeteilten Fälle zeigt, solche konservative Eingriffe mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt. Oft genug aber kommt man mit der Resektion des Hodens und der Epididymektomie nicht zum Ziele, es werden weitere Operationen nötig oder es kommt zu sekundären Eiterungen oder sekundären Infektionen; und andererseits heilen gerade die Fälle, die sich am besten für konservative Operationen eignen, nicht selten ohne Eingriff aus oder bleiben Jahre und Jahrzehnte hindurch stationär. Den Vorschlag, nach einer Resektion den Samenleiter in den erhaltenen Kopf des Nebenhodens einzunähen, kann B. nicht gutheifsen; er hält es nicht für ratsam, künstlich die Fortpflanzungsmöglichkeit tuberkulöser Menschen zu fördern. Die Injektion von Naphtolkampfer, Guajakol,

Formol oder Chlorzink verspricht nach Ansicht B.s nicht viel Erfolg, mehr noch die Kauterisierung, die aber auch zu endloser Eiterung führen kann. Empfehlenswerter ist die Incision mit nachfolgender Auskratzung und Ätzung mit 10%iger Chlorzinklösung; B. hat dieses Verfahren bei einem seiner Kranken mit sehr befriedigendem Erfolge angewendet. Die Möglichkeit, dafs Auskratzungen eine Generalisierung der Erkrankung und speziell das Auftreten von tuberkulösen Pleuritiden und Meningitiden zur Folge haben, ist allerdings nicht ganz auszuschliefsen; indes kommen, wie eine Beobachtung B.s zeigt, Meningitiden auch bei Kranken mit Hodentuberkulose vor, bei denen keinerlei Eingriff gemacht worden ist. Die neuerdings gerühmte Behandlung mit Hochfrequenzströmen kann vielleicht im allerersten Beginn der Hodentuberkulose durch Beeinflussung der Blutzirkulation günstig wirken, nicht aber in vorgeschritteneren Stadien. Dafs diese Ströme Sterilität herbeiführen können, betrachtet B. nicht als Nachteil; denn die Unfruchtbarkeit der Tuberkulösen ist im Interesse der Familie und der Rasse nur zu begrüfsen.

Im zweiten Teile seines Aufsatzes berichtet B. kurz über die in den Jahren 1902—1906 erschienenen Arbeiten über Hoden-Nebenhodentuberkulose und ihre Behandlung und teilt zum Schlusse die Krankengeschichten von elf Fällen mit, die er seit dem Jahre 1897 operiert hat.

2. **Oxalsaure Salze enthaltender Harngriefs und seine Behandlung**, von Dedet-Martigny (Vogesen). Nach D. besteht eine fast konstante Beziehung zwischen den gichtischen Erscheinungen (Gicht, Harngriefs, Migräne, Ischias, Hämorrhoiden usw.) und der Gegenwart von Oxalaten in den Harnsedimenten, die Oxalate wechseln mit Traubenzucker und Harnsäurekristallen ab. Die bei Oxalurie so oft vorkommenden nervösen Störungen sind nach Ansicht D.s verursacht durch Hyperaciditätsdyspepsien, die bei Kranken mit Harnsäureansammlung im Blute sehr häufig sind. Unter 112 Fällen von Oxalurie fand D. 48 = 40% „hereditäre" Gichtiker, bei 16 Patienten wurden Hämaturien, bei 24 Albuminurie, bei 11 Glykosurie beobachtet. Bei einer ziemlich grofsen Zahl ausländischer, d. h. nicht französischer Kranker, schien die Oxalurie durch die Art der Ernährung bedingt zu sein.

Die Behandlung besteht in Fällen von Oxalurie, die mit Dyspepsie und nervösen Störungen verbunden sind, in Ruhe, warmen Bädern oder Duschen, Regulierung der Diät und Gebrauch kleiner Mengen eines schwach alkalischen lauwarmen Wassers. Handelt es sich um Arthritiker mit nervösen und psychischen Störungen (Hypochondrie, Neigung zu Trübsinn, Depression), dann ist in erster Linie psychische, suggestive Beeinflussung und Verabreichung tonisierender Mittel nötig. Bei Gichtkranken mit Oxalurie sind methodische körperliche Übungen und Trinken grofser Mengen eines schwefel-kalk-lithiumhaltigen Wassers, wie es die Quellen von Martigny, Vittel und Contrexéville liefern, angezeigt. Bei Oxalurie, die durch die Art der Ernährung verursacht ist, müssen alle stark kalk- oder oxalsäurehaltigen Speisen und Getränke, wie Tee, Kakao, Schokolade, Backwaren, Bonbons, Eier, Spinat, Kohlarten, Milch vermieden werden, aufserdem sollen diese Patienten lithiumhaltiges Wasser von Martigny mit Zusatz kleiner Mengen Magnesium sulfuricum trinken.

3. **Über das Arhovin**, von Ernst R. W. Frank-Berlin. Fr. weist darauf hin, dafs die baktericide Wirkung der bisher gebräuchlichen Mittel zur innerlichen Behandlung des Trippers eine recht unbedeutende ist und dafs jede interne Blennorrhoebehandlung, gleichviel welches Medikament gegeben wird, nur bescheidene Erfolge erzielen kann, weil naturgemäfs die Wirkung der im Urin gelösten Mittel sich niemals auf die Hauptschlupfwinkel der Gonokokken, die Lakunen und Krypten der Schleimhaut erstrecken kann. Unter dieser einschränkenden Voraussetzung ist der innerliche Gebrauch von Arhovin zur Unterstützung der lokalen Therapie der Blennorrhoe wie

auch zur Behandlung anderweitiger bakterieller Infektionen der Harnwege sehr zu empfehlen. Seine baktericide Kraft scheint dem Ergebnis zahlreicher Experimente zufolge gröfser zu sein, als die der Balsamika, es beseitigt oder lindert wenigstens die Schmerzen und Reizzustände bei Entzündungen in den Harnorganen und verursacht weder Magen- oder Darmstörungen, noch Nierenreizung; die Reaktion des Urins ist bei Gebrauch von Arhovin stets sauer. Über die Erfolge der lokalen Anwendung hat Fr. noch keine genügenden Erfahrungen.

Heft 17.

1. **Grofse polycystische Nieren**, von E. Monod und E. Loumeau-Bordeaux.

2. **Über einen Fall von einseitiger chronischer Nephritis verursacht durch eine grofse Blasenzelle**, von Philippe Cuturi-Catania. Aus dem Italienischen übersetzt von E. Legrain. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band I. Heft II. September 1906.

I. **Über Pleuraerkrankungen in der Sekundärperiode der Syphilis**, von Oettinger und Malloizel-Paris. Die luetischen Erkrankungen der Pleura wurden zuerst 1890 von Chantemesse und Widal beschrieben, denen dann zahlreiche Veröffentlichungen folgten. In letzter Zeit gerieten diese Mitteilungen etwas in Vergessenheit. Die Pleuritiden bei Syphilis sind meist doppelseitig, verlaufen schnell und werden durch die antiluetische Kur günstig beeinflufst im Gegensatz zu den tuberkulösen Pleuraerkrankungen. Seit der Entdeckung der Spirochäta hatten Verfasser mehrere Male Gelegenheit, Pleuritiden bei sekundärer Lues zu sehen, von denen sie einige interessante Fälle mitteilen. Sie stellten fest, dafs die syphilitische Pleuritis hervorgerufen wird durch eine leichte Irritation, welche die lymphatischen Elemente der serösen Haut in Bewegung bringt. Auffallend ist der Reichtum an eosinophilen Zellen am Ende der Entwicklung der linken Pleuritis bei einem Kranken, während er bei der rechten Pleura fehlte. Die luetische Pleuritis erscheint als eine lokale Erscheinung auf Grund einer syphilitischen Infektion, welche den ganzen Organismus befallen hat. Sie ist meist akut, oft latent und meist unwesentlich, sie hat aber wissenschaftlichen Wert, wenn man sie mit den Pleuritiden bei anderen Infektionen vergleicht.

II. **Fünf Todesfälle infolge von Injektionen mit grauem Öl**, von Octave Claude und Dobrovici-Paris. Die fünf ausführlich geschilderten Krankheitsfälle zeigen die Gefahren der Injektionen mit grauem Öl, welches oft nicht tadellos zubereitet ist, und wenn die Injektionen selbst nicht sehr peinlich ausgeführt werden. Man darf nur sehr kleine Mengen des Präparates anwenden, nur Tropfen, und selbst dann können diese Injektionen noch gefährlich sein wegen der Unlöslichkeit. Jedenfalls empfehlen sich andere Präparate besser bei der Behandlung der Syphilis, wie z. B. Inunktionen, Injektionen löslicher Präparate und interne Therapie, da bei allen die Gefahren geringer sind als beim grauen Öl. Verfasser empfehlen daher, das Öl möglichst zu meiden.

III. **Ist Einreibung von Calomelsalbe ein Präventivmittel gegen syphilitische Ansteckung?** von A. Lévy-Bing-Paris. Es ist zweifellos durch Versuche erwiesen, dafs eine lokale Anwendung von Quecksilber direkt auf die syphilitischen Symptome, wie Schanker usw. allmählich die Zahl der in denselben gefundenen Spirochäten vermindert und schliefslich ganz zum Schwinden bringt. Es handelt sich nun darum, festzustellen, ob sofortige Einreibung von Calomelsalbe direkt nach einem verdächtigen Beischlaf das Erscheinen der Syphilis verhindern kann. Gaucher be-

richtet über einen Fall, wo trotz dieser Vorsichtsmafsregel vier Wochen nach dem Coitus ein kleiner Schanker auftrat, dem nach vier Wochen Sekundärerscheinungen folgten. Einen weiteren interessanten Fall beobachtete Emery; ein junger Mann hatte direkt nach einem Coitus eine dabei entstandene kleine Wunde mit Sublimat geätzt. Die Wunde heilte bald, es trat kein Schanker auf, keine Drüsen. Aber trotzdem erschienen nach drei Monaten syphilitische Hauterscheinungen. In jüngster Zeit hat Neisser in Java die Versuche von Metschnikoff und Roux wiederholt, ohne immer dieselben positiven Resultate zu erzielen. Er impfte 200 Affen und bestrich die Impfstellen mit Calomelsalbe 1—18 Stunden nach der Einimpfung des syphilitischen Virus. Bei etwa 100 Fällen erhielt er ein positives Resultat, bei den anderen Hundert aber entwickelte sich trotzdem der Schanker, selbst in Fällen, wo eine Stunde nach der Impfung die Calomelsalbe in Anwendung gebracht war. Man sieht also, dafs die Einreibung von Calomelsalbe keine absolute Sicherheit gegen luetische Infektion gewährt, selbst dann nicht, wenn sie sehr bald nach dem Beischlaf angewendet wird.

IV. **Ein Fall von eitriger Osteo-Periostites bei einem Hereditärluetiker im Tertiärstadium,** von Levy Fränckel. Nur Kasuistik.

Bernhard Schulze-Kiel.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VI, Nr. 13.

Die Behandlung der Angiome mittels Elektrolyse, von H. Lebon-Paris. Diese Methode, für welche Verfasser sehr enthusiasmiert ist, wird auf dreierlei Weise angewandt. Am wenigsten gebraucht wird die unipolare negative Manier, bei welcher die mit dem negativen Pol der Batterie verbundene Nadel in den Tumor eingestochen wird, während die positive Elektrode in der Nähe der Geschwulst auf die Haut aufgesetzt wird. Mehr zu empfehlen ist das monopoläre positive Verfahren, namentlich wenn als negativer Pol eine den Naevus ringförmig umschliefsende Elektrode angewandt wird, während die Nadel mit der positiven Leitung in die Neubildung eingesteckt wird. Dem bipolaren Verfahren gibt L. aber den Vorzug. Man mufs nur darauf gut achtgeben, dafs die Nadeln (welche am zweckmäfsigsten aus Platin Iridium hergestellt sind) bis auf das in die Geschwulst einzustechende Stück der Spitze gut isoliert sind. Die Entfernung zwischen der positiven und der negativen Nadel in der Geschwulst soll nicht mehr als 12 oder 15 mm betragen, und sie können bis auf 2 mm einander genähert werden. Die Sitzung dauert fünf bis sechs Minuten und kann nach acht Tagen wiederholt werden. Man wird finden, dafs am negativen Pol man keine Schwierigkeit hat, die Nadel nach der Durchströmung herauszuziehen, während sie am positiven Pol fest am Gewebe haftet. Es ist ein nützlicher Kniff, diese Nadel ein paar Augenblicke mit dem negativen Pol zu verbinden, bis sie sich von der Umgebung lockert.

Über Röntgentherapie beim Lupus vulgaris, von F. Gidon. Verfasser rühmt die guten Resultate, welche er mit dieser Behandlung sowohl bei der hypertrophischen wie auch bei der ulcerösen Form, bei flachen Läsionen und beim lupösen Narbengewebe erzielt habe. Gelegentlich hilft er bei den flachen Geschwüren mit dem hochfrequenten Strome nach. Zugegeben wird, dafs in manchen Fällen, namentlich gegen Ende der Behandlungszeit, die Fortschritte oft langsam zu werden pflegen. (Nach *Année méd.* 1906.)

Bd. VI, Nr. 14.

Über die Einführung von Quecksilber vom Mastdarm aus, von H. Malherbe. Verfasser kritisiert diese von Audry vorgeschlagene Methode, indem er dagegen ein-

wendet, dafs anbei die Wirkung zu langsam eintrete und die Dosis sich nicht genau genug kontrollieren lasse. Dagegen hat er seit 1898 nach Guyons Vorgang bei Fällen von akuter Prostatitis blennorrhoica mit gutem Erfolg Suppositorien verordnet nach der Formel: Ungt. hydrarg. cin. 0,10—0,20 mit Butyr. Cacao 3,0. Von dieser Medikation hat er niemals einen Nachteil gesehen. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23. Juni 1906.)

Die Bedeutung des elektrischen Bades bei den verschiedenen Formen der Psoriasis, von J. J. Meschersky-Moskau. Diese Methode ist namentlich nützlich bei inveterierten ultrachronischen Fällen; bei atonischen, wenig Hyperämie und Schuppenbildungen darbietenden Läsionen dagegen erzielt man wenig Wirkung damit. Im allgemeinen ist es nicht nötig, höhere Temperaturen zu verwenden. (*Med. Obozrenié*, 1906. Nr. 2.)

Einige Betrachtungen über einen Fall von Area Celsi. Heilung durch statische Elektrizität, von Suquet. Ein 16jähriger Schüler mit einem Dutzend kahler Stellen wurde im Laufe von vier Monaten durch 15 Sitzungen mit elektrischen Duschen und Strömungen völlig geheilt. S. tritt ein für den nervösen Ursprung der Alopecia areata.

Das Vergehen der Infizierung in der Beurteilung der extra-parlamentarischen Kommission für Sittenfragen. Es wird in diesem redaktionellen Artikel ausgeführt, dafs die bestehende Gesetzsammlung Bestimmungen enthält, welche ein derartiges Vergehen schon zur Bestrafung heranziehen lassen, wofür einige Beispiele angeführt werden. Es empfiehlt sich nicht, eine Ausnahmebestimmung einzuführen, weil der Richter dann nicht die sonst bestehenden allgemeinen Gesetzvorschriften ohne weiteres in Anwendung bringen kann. Verfasser schlägt vor, eventuell einen Paragraphen aufzunehmen, welcher besagt, dafs die Strafandrohungen in genanntem Paragraphen des Gesetzbuches auch bei der Übertragung venerischer Krankheiten Geltung haben.

Bd. VI, Nr. 15.

Gonosan, ein neues internes Mittel gegen Blennorrhoe, von A. Renault. Unter zehn mit Gonosan behandelten Fällen waren nur zwei, bei denen der Erfolg nicht befriedigend war; bei zwei scheint dagegen schon mit der internen Verabreichung dieses Mittels allein eine vollständige Heilung in 21 resp. 20 Tagen der Behandlung erzielt worden zu sein. Vor allem rühmt R. dem Mittel nach, dafs es das Brennen bei der Miktion und die schmerzhaften Erektionen sehr günstig beeinflusse. Die Literatur ist ausführlich berücksichtigt. (*Gaz. des hôp.* 5. Juli 1906.)

Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von R. Lefur. Im Gegensatz zu den meisten Ansichten steht der von L. aufgestellte Satz, dafs die Spülungen der Urethra unter keinen Umständen, selbst bei sehr intensiven Epididymitiden, zu unterlassen seien; Spülungen mit Kalium permanganicum-Lösung (1 : 8000 oder 1 : 6000) vermindern seiner Meinung nach die Intensität und die Dauer der Epididymitis. (*Progrès méd.* 6. Jan. 1906.)

Die Behandlung des Ekzema madidans in Mont-Dore, von R. Moncorgé-Mont-Dore. Verfasser rühmt die Wirkung des Wassers von Mont-Dore sowohl beim trockenen Ekzem, wie dies auch von anderen schon wiederholt anerkannt sei, als auch bei nässenden Ekzemen. Zum Teil kann dies durch die Einwirkung auf die ganze Konstitution erklärt werden beim innerlichen Gebrauch; bei manchen Patienten brachte aber schon die äufserliche Anwendung des Wassers in Form von Bädern oder von Umschlägen prompte Heilung. Der wesentliche Heilfaktor ist dabei nach M.s Ansicht der starke Gehalt an Silicium und doppeltkohlensaurem Natron. (*Rev. méd. du Mont-Dore.* Mai 1906.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1906. Heft 7.

1. **Über einen Fall von skarlatiniformer Hämatodermatitis, geheilt durch Gebrauch von Knochenmark**, von LEREDDE. L.s Hypothese, dafs gewisse Dermatitiden auf Veränderungen des Blutes beruhen (Hämatodermatitiden), hat grofse praktische Bedeutung; denn sie zeigt den Weg für die Behandlung dieser Affektionen. L. hat die Konsequenz aus seiner Auffassung gezogen, indem er in gewissen Fällen von Pemphigus foliaceus Knochenmark verabreichte; er glaubt, in einem besonders schweren Falle ein gutes Resultat erzielt zu haben.

Einen glänzenden Erfolg brachte die Behandlung mit Knochenmark bei einer 30jährigen Frau, die seit mehreren Jahren an einer universellen, skarlatiniformen, desquamierenden Dermatitis litt und dabei stark abgemagert und elend und hinfällig geworden war. Gebrauch von Kalbsknochenmark in einer Dosis von 40 g pro die brachte rasch Besserung, und nach einem Jahre war die Frau vollständig gesund. Ein leichter Rückfall wurde durch die gleiche Therapie schnell beseitigt.

2. **Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermatopathologie**, von BLASCHKO-Berlin. Auszugsweise Wiedergabe des von BL. auf dem 7. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft (Breslau 1901) erstatteten Referates über „die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut", mit Berücksichtigung der seitdem erschienenen einschlägigen Arbeiten. Über die bedeutungsvolle Arbeit BL.s ist seinerzeit in den Monatsheften berichtet worden.

3. **Beitrag zur Frage der Sarkoide (BOECK), bezw. der subkutanen nodulären Tuberkulide (DARIER)**, von MAX WINKLER. Aus dem Deutschen (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Band 77, Heft 1) übersetzt von RENÉ MARTIAL. Ein Referat über die Arbeit findet sich im Band 40 der Monatshefte. *Götz-München.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1906. Heft 2.

Die Alopecia areata, von CAMPANA. C. unterscheidet bei der Area Celsi drei Stadien: ein einfach decalvierendes oder erythematös-decalvierendes, ein atrophisch-follikuläres und ein atrophisches Stadium. Dafs bei der Entstehung der Alopecia areata das Nervensystem eine wichtige Rolle spielt, steht für ihn aufser jedem Zweifel; nur kommen noch andere Ursachen in Betracht, unter anderem die Lues. Man würde sich aber grofsen Enttäuschungen aussetzen, wenn man von der spezifischen Behandlung zu viel erwarten wollte. Dieselbe kann nur dann einen guten Erfolg haben, wenn die Affektion das erste Stadium nicht überschritten hat.

Die Ernährungsstörungen der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen in den Hirnhemisphären der Tiere, besonders der Kaninchen und Tauben, von CAMPANA. C. teilt das Protokoll seiner Experimente an den genannten Tieren mit, bezüglich der Veränderungen an den Federn und Haaren der Versuchstiere. Die Schlufsfolgerungen hat er bereits in der vorhergehenden Nummer dieser Zeitschrift *Clinica dermosifilopatica della Università di Roma*, Heft 1) angegeben.

Über eine Schrift über den Pemphigus foliaceus, von CAMPANA. Der Verfasser wendet sich gegen die Ansicht des oder der Verfasser (deren Namen er übrigens hier nicht angibt), welche die Dermatitis von DUHRING mit anderen Affektionen, unter anderem der Hydroa, identifizieren, dem Blute die Hauptrolle bei der Entstehung derselben zuschreiben und behaupten, dafs das Jodkalium eine DUHRINGsche Dermatose erzeugen könne.

Die Injektionen von Tuberkulin (antea) in das Rückenmark von Meerschweinchen, von CAMPANA. Diese Tiere sind bekanntlich dem Tuberkulin gegenüber aufserordentlich tolerant und können ihnen bis 20 g ohne Schaden injiziert werden. Bei toxischen Dosen leiden am ersten die Bewegungen des Herzens und der Eingeweide, während das Diaphragma sehr lange seine normale Funktion beibehält. Histologisch konstatiert man, dafs sich die Zellen der grauen Substanz viel weniger gut färben, als bei anderen Todesursachen; das Chromatin ist an vielen Stellen verschwunden.

Bläschenförmige tuberkuloide Eruption, von TERZAGHI. Die Eruption, welche aus kleinen Papeln und Bläschen bestand, existierte bei der Patientin seit deren Kindheit, zeigte aber bei jeder Gravidität eine hochgradige Exacerbation, so dafs der ganze Körper mit Ausnahme der Hände, der Fufssohlen und des Haarbodens befallen war. Die Eruption steht sehr dicht, die Elemente sind sehr klein, konfluieren aber stellenweise, so dafs die Haut an diesen Partien verdickt ist, die ganze Hautoberfläche aber ein rauhes Aussehen hat. Tuberkulöse Veränderungen in den Lungen, Abmagerung, Milz vergröfsert, Tuberkelbazillen im Sputum.

Acne rosacea erythematosa infolge von reflektorischen Reizen, von LEONARDO. Die Eruption trat regelmäfsig auf, nachdem die Patientin wegen eines chronischen Katarrhs des Uterus eine Kauterisation des Uterushalses mittels Silbernitrats erhalten hatte.

Hauttuberkulose, von CAMPANA. Der Verfasser zählt die verschiedenen Behandlungsmethoden der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose auf (lokal und allgemein).

Keloid und Aknekeloid, von TALIANI. Beschreibung eines Falles von ausgebreiteter Akne des Gesichtes und des Halses mit nachfolgender keloider Entartung der Narbe. Histologischer Befund. *C. Müller-Genf.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 6.

Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustande, von LEON KARWACKI. (Fortsetzung.) Das vorliegende Kapitel der inhaltsreichen Monographie über die Flora der Geschlechtsorgane wird der Spirochaeta pallida (s. Treponoma pallidum) gewidmet. Nach kurzer Schilderung der Geschichte verschiedener angeblicher Syphilisparasiten, erinnert Verfasser an die wichtigsten Befunde einzelner Forscher, die für die ätiologische Bedeutung der Spirochäte sprechen. Die Technik der Untersuchung wird eingehend besprochen. Zur Beobachtung näherer Details empfiehlt Verfasser das Beizungsverfahren, insbesondere das von ZABOLOTNY (Fixierung in Alkohol, Beizung in 5%iger Karbolsäure, Färbung mit frisch zubereiteter Lösung von 0,1% Azur und 0,2% Eosin, 15 Minuten lang, unter gelinder Erwärmung). Dieses Verfahren, ausgeführt an Präparaten, die nach Verfassers Methode verdünnt werden, liefert ausgezeichnete Bilder, deren Klarheit und Reinheit nichts zu wünschen übrig lassen. (Auf ganz reine Objektivgläser werden mehrere einzelne Tropfen destillierten Wassers gebracht; die Platinöse mit dem zu untersuchenden Sekret wird der Reihe nach in die einzelnen Wassertröpfchen eingetaucht, so dafs in jedem folgenden Tröpfchen gröfsere Verdünnung erreicht wird.)

Die von verschiedenen Verfassern beobachteten feineren Details im Baue der Spirochäte werden besprochen, insbesondere die Befunde von KRZYSZTALOWICZ und SIEDLECKI, die bekanntlich einen geschlossenen Entwicklungszyklus konstruierten, bei dem

die einzelnen Formen auftreten sollen. Verfasser bezeichnet diese Theorie als verfrüht und die von K. und S. konstatierten Befunde als zu wenig beweisend: die z. B. von ihnen für Spirochätenkerne angenommenen Gebilde können ebensogut Degenerationsprodukte, Exkrete oder dergleichen mehr darstellen. Auch die Siegelschen Befunde werden eingehend besprochen. Verfasser neigt zur Annahme, dafs der Cytorrhyctes und die Spirochäte einen und denselben Parasiten in verschiedenen Entwicklungsstadien vorstellen.

Die eigenen Befunde Verfassers werden an der Hand zahlreicher Zeichnungen demonstriert, wobei er nur die feineren, von dem normalen Typus abweichenden, Details beachtet. In Analogie mit den Befunden an der Sp. refringens hat Verfasser auch hier Bilder gesehen, die als Ausdruck eines Segmentationsprozesses wohl gedeutet werden können. Der Spirochätenleib wird dicker, es treten in demselben Verdickungen in Form von Körnern, meistens nur in einem Körperteil auf. Aus diesen Körnern scheinen sich Ringe bilden zu können. Diese Gebilde möchte Verfasser nicht als Kerne auffassen, eher stellen sie ein Ruhestadium der Spirochäten dar, das weiterer Metamorphosen fähig sei. Die Form der Körner ist verschieden: rund, oval oder birnförmig; manche besitzen kleine Cilien und erinnern dann lebhaft an die Siegelschen Befunde. Die körnerhaltigen Zellen fand Verfasser meist im Lymphdrüsensafte und im Blute vor. Die Morphologie einzelner vom Verfasser konstatierten Befunde erscheint ganz dunkel; vielleicht handelt es sich dabei um Hämatoblasten. Die im Innern der Zellen vorkommenden Spirochäten wurden vom Verfasser öfters beobachtet, und zwar sowohl im Protoplasma, als auch in den Kernen derselben. Manchmal kommt es dabei zur reaktiven Bildung von Riesenzellen, meistens aber die Spirochäten beherbergenden Zellen. Manche vom Verfasser gesehenen Bilder scheinen dafür zu sprechen, dafs die Spirochäte auch in den Leib der Erythrocyten eindringen und den Zerfall derselben hervorrufen kann. Auch in Spirochäten, die im Innern der verschiedenen Zellen liegen, bilden sich Körner und Ringe. Verfasser sah hier verschiedene Bilder, deren Deutung ungemein schwer ist; er beschreibt dieselben — immer an der Hand von Abbildungen —, obwohl er nicht annehmen kann, dafs es sich dabei um Kunstprodukte handelt. Diese Zelleneinschlüsse hatten durchwegs den Typus der Ringe. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bücherbesprechungen.

Das Problem der Syphilis und kritische Betrachtungen über ihre Behandlung, von O. Rosenbach-Berlin. (Berlin 1906. August Hirschwald.) Wenn der Verfasser sich im Vorwort beschwert, dafs das Erscheinen seines Werkes, dessen zweite Auflage vorliegt, von den medizinischen Zeitschriften nicht gemeldet worden ist und dafs die Referenten der verschiedensten Zeitschriften sich nicht über das Werk geäufsert haben, so ist das ja begreiflich. Begreiflich ist es aber ebenfalls, dafs die Referenten sich nicht an eine ernsthafte kritische Beurteilung des Rosenbachschen Buches heranmachen, weil die Kritik über die Ansichten des Verfassers, welche sicher von nur einer kleinen Zahl von Ärzten geteilt werden, eine endlose sein würde, und weil sich die meisten Referenten sicher nicht auf den Standpunkt R.s stellen können. R. erklärt, er begnüge sich schon, mit einer knappen Inhaltsangabe seiner Schriften. Ja, wie ist eine knappe Inhaltsangabe eines solchen Buches möglich, wenn man nicht

stumpfsinnig die Überschriften über den einzelnen Kapiteln abschreiben will? Man könnte also höchstens die Schlufssätze betrachten, welche die praktischen Ergebnisse der Erörterungen Rosenbachs enthalten, und dieses Vergnügen wollen wir denn auch dem Verfasser machen, indem wir die Kritik über diese Sätze R.s den Lesern selbst überlassen. Die Sätze lauten:

1. Als Luetiker, das heifst als Patient, der unter der Wirkung des spezifischen Giftes steht und fähig ist, die Krankheit zu übertragen, ist der Infizierte nur solange zu bezeichnen, als er geschwürige primäre Prozesse, ein diffuses Exanthem und feuchte Papeln aufweist. Die Drüsenschwellung, die ja zunächst allerdings die konstitutionelle Erkrankung anzeigt, ist als Überbleibsel in späteren Stadien nur ein Zeichen der starken allgemeinen Reaktion, die unter mannigfachen Regionen der Allgemeinerkrankung meist zur spontanen Heilung führt; sie ist aber nach der Periode der erneuten Erscheinungen weder der Ausdruck der Spezifität der Erkrankung, noch zeigt sie etwa den Sitz des spezifischen Giftes an. Ebenso sind die Periosterkrankungen und die isolierten (Spät-) Erscheinungen auf der Haut im allgemeinen nicht mehr ein adäquater Ausdruck des Giftes der Lues, sondern sekundäre Reaktionen, die auf eine besonders starke Beeinflussung des Organismus während der Reaktionszeit oder auf besondere individuelle Verhältnisse hindeuten; sie sind als Nachkrankheit, als Ausdruck besonderer Disposition zu sekundären und tertiären Reizungen oder Betriebsstörungen aufzufassen. Das gleiche gilt von den gummösen Bildungen, den isolierten Formen der Hyperplasie bezw. trocknen Degeneration und von den eitrigen Prozessen in der Nase usw. die selten und nur dann zu einer Infektion Veranlassung geben können, wenn sie während der Periode der direkten primären Reaktionserscheinungen auftreten, die eben der adäquate Ausdruck des Luesgiftes sind.

2. Obwohl in einer grofsen Zahl von Fällen sich drei Stadien im Verlaufe der Krankheit unterscheiden lassen, etwa wie in der Fieberkurve des Typhus, so ist doch diese antologisch-chronologische Einteilung zu verwerfen, da, je nach den individuellen Verhältnissen, die Symptome, die der Ausdruck einer allgemeinen Ernährungsstörung sind, frühzeitig, d. h. noch mit direkt spezifischen Erscheinungen zusammen auftreten können, etwa wie der Ulcerationsprozefs im Darm oder Dekubitus bei Typhus abnorm früh beginnen kann.

3. Die Nachkrankheiten der Lues und die sekundären Ernährungsstörungen können um so weniger Gegenstand einer spezifischen Behandlung sein, als dem anerkannten Repräsentanten einer solchen, dem Quecksilber, nur mit gröfster Reserve eine besondere (äufserliche, antiplastische) Wirkung auf die Früheruptionen und gar keine Wirkung bezüglich der Prophylaxe und der Verhinderung von Rezidiven zugesprochen werden kann.

4. Die Behandlung der lokalen oder konstitutionellen sekundären Erkrankungen und der Nachkrankheiten mufs nach Prinzipien erfolgen, die für alle nach akuter Erkrankung auftretenden Ernährungsstörungen gelten. In Betracht kommt besonders Hautpflege, Anregung des Stoffwechsels, Anwendung von roborierenden und tonisierenden Mitteln, während stärkere lokale Erscheinungen sekundärer Natur nach den allgemeinen Prinzipien der Therapie bei Periost- und Knochenerkrankungen usw. behandelt werden müssen.

5. Dem Luetischen ist der Sexualverkehr während des Stadiums der rezenten und ulcerösen Erscheinungen zu untersagen, der Patient mufs mindestens ein Jahr lang unter ärztlicher Kontrolle stehen. Sehr wenig gefährlich ist der Kranke mit den chronischen gummösen und isolierten Affektionen, die nach Überstehen des allgemeinen Exanthems auftreten. (? Der Ref.) In dem Verhalten der Drüsen hat man leider kein sicheres Zeichen für das Fortbestehen des syphilitischen Virus.

6. Gegen die Verehelichung nach zwei Jahren spricht kein ärztlich oder vom Standpunkt der Humanität zu rechtfertigender Einwand, aufser in dem Falle, dafs sehr beträchtliche Zeichen konstitutioneller Affektion, Anämie oder Schwäche, vorhanden sind. Wo die Konstitution nach Beseitigung der rezenten Symptome normal erscheint, hat der Arzt keinen Grund, seine Genehmigung zu versagen. (Das scheint mir sehr kühn. Der Ref.) Wer nur zweifelhafte Zeichen von Lues ohne konstitutionelle Schwäche zeigt, darf heiraten (!! Der Ref.). Selbstverständlich lassen sich für alle solche Dinge keine generellen Vorschriften geben.

7. Das Prinzip, nach dem die Behandlung der Lues Domäne von Spezialärzten ist, mufs bekämpft werden. (Wir armen Spezialärzte! Der Ref.). Bei der Behandlung ist — selbst im floriden Stadium — neben sorgfältiger Lokalbehandlung nicht das spezifische, sondern das lokale und das konstitutionelle Moment zu betonen. Ganz abgesehen davon, dafs im allgemeinen Spezialisten für eine Krankheit oder Behandlungsmethode geneigt sind, das für sie spezifische Gebiet übermäfsig auszudehnen, ist nicht einzusehen, welchen Vorzug vor anderen Ärzten der Spezialist hat, wenn die angeblich luetischen Erkrankungen überhaupt das Gebiet der Haut nicht mehr betreffen. Die Diagnose der luetischen Affektion, soweit sie sich auf objektive Merkmale stützt, ist, wenn ein inneres Organ und nicht selten auch, wenn nur die Haut in Betracht kommt, in sehr vielen Fällen so unsicher, dafs man eben den trüglichen Beweis ex juvantibus anzustellen genötigt ist oder sich allein auf der Anamnese stützen mufs, deren Beweiskraft weit überschätzt wird. (Ein schwerer, ungerechter Vorwurf gegen die wirklichen, sachlich arbeitenden Spezialisten. Der Ref.). Die Behandlung kann jeder Arzt ebenso gut machen wie der Spezialarzt. (Das stimmt nicht immer. Der Ref.)

Die Kritik über diese Ansichten möge jeder selbst üben!

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Zur Spektralanalyse normaler und pathologischer Urine. Sensito-Coloriuretrie, von Henri Parmentier. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 194)

Fritz Loeb-München.

Über die Urinuntersuchung mit der Zentrifuge, von A. L. Benedikt-Buffalo. (*Med. News.* 16. Dez. 1906.) B. empfiehlt aufs wärmste die Untersuchung des Harnes vermittels der durch Wasserkraft getriebenen Zentrifuge; die einmaligen Anschaffungskosten für dieselbe betragen etwa 50 Mark, aufserdem noch etwa 40 Mark für den jährlichen Bedarf an Reagentien, Gläsern und dergleichen mehr. Was die Zeit betrifft, so genügen im allgemeinen 40 Minuten, um die genaue Untersuchung auf Chloride, Sulphate und Phosphate sowohl wie auf Harnsäure zu machen und die qualitative Probe auf Albumin, Globulin, Albumose, Zucker, Galle, Indikan anzustellen. Auf die Einzelheiten dieser, auch tabellarisch zusammengestellten, Untersuchungsresultate kann hier nicht eingegangen werden. Im allgemeinen empfiehlt B. bei der Zentrifugalanalyse eine möglichst intensive Kraft — wenigstens 2000 Umdrehungen

in der Minute — anzuwenden; je nachdem es sich um eine mit der Hand oder Wasserkraft oder Elektrizität getriebene Zentrifuge handelt, wird dies auf verschiedenen Wegen erreicht. Jedenfalls mufs stets solange die Arbeit fortgesetzt werden, bis ein konstantes Minimum erreicht ist. Ziemlich genaue Schätzung der Chlorsalze, Phosphate und Sulphate ergibt sich, wenn man den Gesamtniederschlag auf 0,02 % NaCl, resp 0,02 % SO_3, resp. 0,02 % P_2O_5 berechnet. Wenn der Niederschlag 10 % oder darüber erreicht, so sollte mit einer verdünnten Lösung nochmals Kontrolle geübt werden. Die Harnsäurebestimmung durch die Zentrifuge ist viel weniger experimentalen Fehlern unterworfen wie jene mit den chemischen Methoden (nach Hopkins u. a.), aber immerhin können auch mit der Zentrifugenbestimmung Fehler unbekannter Ursache vorkommen oder sie schliefst neben der Harnsäure noch andere Substanzen, wahrscheinlich basische Purine ein. Jeder Prozentsatz eines Silberniederschlags entspricht (nach Cook) 11,76 mg Harnsäure auf 100 ccm Urin. Alle Zentrifugenbestimmungen können in hohem Mafse von den korrespondierenden chemischen Werten abweichen; B. mufs es der Zukunft überlassen, ob erstere Methode so verbessert werden kann, dafs gelegentliche grofse Irrtümer ausgeschlossen sind.

Stern-München.

Über die Ausscheidung der Alkalien und alkalischen Erden im Harn, von Oscar Gross. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1905.) Die sehr beachtenswerte Arbeit, die sich zu einem eingehenden Referat nicht eignet, soll zunächst dazu dienen, die bis jetzt bekannten Methoden der Bestimmung der mit dem Harn ausgeschiedenen Mineralbestandteile einer eingehenden kritischen Prüfung zu unterziehen, besonders auch die zu diesem Zweck angegebenen neueren Methoden. Aufserdem prüft Verfasser die bis jetzt bekannten Resultate über die pathologische Ausscheidung der Aschebestandteile und die Schlüsse, die von den verschiedensten Seiten daraus gezogen worden sind. Die erhaltenen Resultate überraschen durch ihre vielfache Verschiedenheit. Aus dem Harnbefund lassen sich deshalb keine weitgehenden Schlüsse ziehen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Acetonurie vom klinischen Standpunkt, von H. Mauban. (*Thèse de Paris.* 1905.) Verfasser gibt der Liebenschen Jodoformprobe den Vorzug vor den anderen Reaktionen auf Aceton. Er unterscheidet folgende Formen der Acetonurie: 1. Physiologische Acetonurie, 2. Acetonurie bei Diabetes, 3. Acetonurie im Verlauf fieberhafter Krankheiten, 4. Acetonurie bei Krebs, 5. Acetonurie durch Resorption, 6. Acetonurie bei Gastroenteritiden, 7. Acetonurie bei Nervenkrankheiten, 8. Acetonurie nach Allgemeinanästhesie, 9. Acetonurie bei der Inanition. *Fritz Loeb-München.*

Über den Ausscheidungsort von Eiweifs in der Niere, von Julius Schmid. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.* 53. Bd., 5. u. 6. Heft.) Das Eiweifs, das nach der Injektion von Hühnereiweifs im Harn erscheint, nimmt seinen Weg mit den im Blut freigelösten Substanzen durch den Glomerulus; es war nämlich seine Ausscheidungsgröfse gesteigert durch die Diuretika (Coffeinpräparate, Salze), die die Filtration steigern, unbeeinflufst gelassen durch das Diuretikum (Phlorhizin), das die Filtration nicht ändert. Unter dem Einflufs des Durchtritts von Eiweifs unter den obigen Bedingungen wird die Ausscheidung anderer filtrierender Stoffe, nämlich des Kochsalzes und des Harnstoffes nicht nachweisbar geändert. *F. Hahn-Bremen.*

Albuminurie und Menstruation, von Emanuel Christin. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 397.) Verfasser beschreibt zwei Formen von „katamenialer" Albuminurie: eine toxische, durch ovariale Toxine bei unregelmäfsig menstruierten Frauen hervorgerufene und eine kongestive Form bei regelmäfsig menstruierten Frauen. Bei letzterer Form mufs eine, wenn auch minimale, Nierenschädigung angenommen werden. Beide

Formen können, wie Verfasser zeigt, in echte Nephritis ausgehen. Ihre Diagnose ist deshalb wichtig; ihre Prognose von derjenigen der „physiologischen" Albuminurien verschieden. *Fritz Loeb-München.*

Über Bence-Jonessche Albuminurie, von Friedr. Strub. (Diss. Erlangen 1905.) Für den Leserkreis der Monatshefte mag der Hinweis genügen, dafs Verfasser eine beachtenswerte Zusammenstellung der bisher in der Literatur verzeichneten einschlägigen Fälle gibt und im übrigen die ausführliche Krankengeschichte eines in mancher Beziehung bemerkenswerten Falles mitteilt. *Fritz Loeb-München.*

Über die klinische Bedeutung der Bence-Jonesschen (thermolytischen) Albuminurie; ihre Beziehungen zur Parasyphilis, von Henri Renaud. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 115.) Verfasser hat der interessanten und noch ätiologisch dunklen Bence-Jonesschen Albuminurie eine umfangreiche Arbeit gewidmet, deren Hauptwert in dem vorzüglichen Literaturverzeichnis besteht.

Syphilis wird als ätiologischer Faktor von einer Reihe von Autoren angesehen. Im Literaturverzeichnis weifst Verfasser auf 29 Arbeiten hin, die sich mit dieser Frage beschäftigen. *Fritz Loeb-München.*

Albuminurie infolge von Prostataabscefs, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 18. Aug. 1906.) An den Bericht eines Krankheitsfalles von blennorrhoischem Prostataabscefs mit starkem Eiweifsgehalt im Urin schliefst der Verfasser die Warnung an, in jedem Falle von Albuminurie nicht nur an eine Krankheit der Nieren zu denken, sondern auch die Prostata zu untersuchen.

Schourp-Danzig.

Pathogenetische und klinische Studie über die orthostatischen Albuminurien, von Alfred Courcoux. (*Thèse de Paris.* 1904.) Den Namen „orthostatische" Albuminurie wünscht Verfasser für die durch aufrechte Körperhaltung bedingten Albuminurien reserviert. Die orthostatische Albuminurie ist nach Courcoux als eine Zirkulationsstörung in der Niere aufzufassen. Eine anatomische Grundlage der Affektion nimmt er nicht an. Bei den zyklischen, digestiven, nervösen, Ermüdungs-, unregelmäfsig remittierenden usw. Albuminurien kommt der aufrechten Körperhaltung nur eine sekundäre Rolle zu. Die Therapie ist in der Hauptsache eine physikalisch-diätetische. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie, von Josef Novak-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46—48.) N. hat bei 14 Fällen von orthostatischer Albuminurie, von denen acht genauer beobachtet werden konnten, Untersuchungen angestellt, ohne dafs dieselben abgeschlossen werden konnten. Der Artikel hat nur Interesse für Internisten. *Putzler-Danzig.*

Die „essentielle" orthostatische Albuminurie, von Ch. Aubertin. (*Semaine méd.* 1906. Nr. 4.) Nach der Ansicht vieler neuerer Autoren gibt es zwei Formen von orthostatischer Albuminurie; eine essentielle Form, die dem von Merklen und Teissier beschriebenen Typus entspricht, ohne Nierenläsion, ferner eine von einer parzellären, in der Regel eine infektiöse Entstehung aufweisenden Nephritis abhängige Form. Teissier unterscheidet drei Gruppen von orthostatischer Albuminurie. Die erste Gruppe umfafst die Beobachtungen, bei denen die Albuminurie die hinzutretende Erscheinung einer erwiesenen infektiösen Nephritis ist (gemischte orthostatische Albuminurie); diese sind die häufigsten.

Zur zweiten Gruppe gehören die Fälle, bei denen die Albuminurie, wenn sie auch direkt durch den Übergang in die vertikale Stellung erfolgt, zu ihrer Bildung noch eines weiteren Faktors bedarf (geistige Überanstrengung, Verdauungsstörungen, nervöse Depression, bewegliche Niere usw.); dies wären die „assoziierten orthostatischen Albuminurien".

Die dritte Gruppe endlich umfafst das, was Teissier die wahre orthostatische Albuminurie nennt, d. h. die idiopathische Form. Diese Form, die einer „unvollständigen Entwicklung des Glomerulusapparates" entsprechen würde, ist durch besondere Charaktere von den beiden anderen unterschieden. Die charakteristischen Eigenschaften, die Teissier den orthostatischen Albuminurien vindiziert, sind folgende: 1. Das rasche, mindestens in $^1/_2$ Stunde erfolgende Auftreten der Albuminurie, sobald der Patient aufrecht steht, und ihr nicht minder rasches Verschwinden bei Bettlage. 2. Das ausgeschiedene Eiweifs wird vom reinen oder fast reinen Serumalbumin gebildet. 3. Die durch den Versuch geprüfte Nierendurchgängigkeit ist vollkommen. 4. Die Chloride sind oft im Übermafs vorhanden. 5. Die Patienten mit essentieller orthostatischer Albuminurie haben nach Teissier einen kindlichen Habitus, ihr Wachstum ist zu rasch vor sich gegangen; sie sind grofs, schwächlich; ihr Körpergewicht steht in umgekehrtem Verhältnisse zu ihrer Gröfse. 6. Die neuropathische Erblichkeit, die in den Fällen von essentieller orthostatischer Albuminurie konstant sein soll, kann nach Aubertin vollständig fehlen. 7. Nach Teissier soll bei den betreffenden Patienten der Blutdruck erniedrigt sein. Nach Aubertins Erfahrungen ist der Blutdruck in den Fällen von orthostatischer Albuminurie, mag sie symptomatisch sein oder nicht, entweder normal oder leicht herabgesetzt. 8. Eine letzte charakteristische Eigenschaft soll darin bestehen, dafs die Albuminurie stärker in der aufrechten Stellung bei Unbeweglichkeit als während des Herumgehens ist; es liegen selbst Beobachtungen vor, wo eine sehr reichliche Albuminurie vollständig nach einem Spaziergang oder einer stärkeren Übung verschwand. *Arthur Rahn-Berlin.*

Orthostatische Albuminurie und Skarlatina, von Le Noir. (*Semaine méd.* 1906. Nr. 6 u. 7.) Dufour hat sich davon überzeugt, dafs bei der Mehrzahl der Fälle von Albuminurie, die man mit der Skarlatina in Verbindung zu bringen glaubte, die Kenntnis der Zusammensetzung des Urins vor dem Auftreten letztgenannter Krankheit vollständig fehlte. Man mufs deshalb nach D. das Studium der sogenannten postskarlatinösen orthostatischen Albuminurie wieder aufnehmen, insbesondere untersuchen, ob der Urin nicht schon vor dem Auftreten der Infektionskrankheit eiweifshaltig war. Le Gendre ist gleichfalls geneigt, das Bestehen einer postskarlatinösen orthostatischen Albuminurie in Zweifel zu ziehen. Er beobachtete einen Patienten mit Anfällen von orthostatischer Albuminurie, die nach einem Scharlach endgültig verschwand. Linossier erinnert daran, dafs die aufrechte Haltung die Funktion der Niere behindert. Vaquez nimmt ebenso wie Linossier und Lemoine an, dafs die orthostatische Albuminurie nur eine gewöhnliche Albuminurie sei, die durch die der aufrechten Haltung eigentümliche Zirkulationsveränderung hervorgerufen werde. Le Noir ist der Meinung, dafs die Infektionskrankheiten keinen Einfluss auf die Entstehung der orthostatischen Albuminurie ausüben; andrerseits gibt er zu, dafs Schwangerschaft und Stillen die pathogenetischen Bedingungen dieser Albuminurie verändern. Er glaubt, dafs in therapeutischer Beziehung die Milchkost nicht am Platze sei; rationeller erscheine ein tonisches und stärkendes Regime. Le Gendre hält einen längeren Bettaufenthalt und solide, kräftige Nahrung für geboten. Widal glaubt, dafs das Verschwinden einer alten Albuminurie bei Personen, die einer interkurrenten Krankheit wegen das Bett hüten müssen, durch die Besserung der Nierenfunktion unter dem Einfluss der horizontalen Lage herbeigeführt werde.

Arthur Rahn-Berlin.

Orthostatische Albuminurie, von O. A. Kennedy-Louisville (*Amer. Journ. Med. Scienc.* März 1906.) Ein 26jähriger Professor der Chemie an einer Akademie konstatierte bei sich selbst bei Gelegenheit von chemischen Untersuchungen eine ziemlich erhebliche Menge Eiweifs im Urin. Genauere Beobachtungen, die vier Wochen hin-

durch fortgesetzt wurden, ergaben, dafs die Albuminurie beim Einnehmen einer horizontalen Lage verschwand und nur beim Aufrechtstehen in mefsbarer Menge auftrat. Es war sogar möglich, durch ¼stündiges Stehen die Albuminurie auf 40 Volum-Prozente steigen zu sehen und nach ½stündigem Liegen vollständig verschwunden zu finden. Nephritische Erscheinungen waren nicht zu konstatieren. Patient war von nervösem Temperament, anämisch und ungewöhnlich mager, sonst aber bei gutem Allgemeinbefinden und vollkommen arbeitsfähig. Nach etwa zwölf Jahren hatte Verfasser Gelegenheit, den Urin wieder zu untersuchen und fand neben geringer Albuminurie Cylinder, granulierte und hyaline, sowie platte und runde Epithelien bei verminderter Harnmenge in 24 Stunden und einem spezifischen Gewicht von 1,025. Auch jetzt wurden aufser öfterem Kopfweh und geringem Appetit über keine Beschwerden geklagt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einige klinische Methoden der schnellen approximativen Bestimmung des Harneiweifses, von Louis Reynaud. (*Thèse de Lyon.* 1905. Nr. 110.) Als beste exakte quantitative Methode empfiehlt Verfasser die direkte Wägung nach Coagulation, als beste approximative Methode die der Dilution.

Fritz Loeb-München.

Cystinurie, von W. McKim Marriott und C. G. L. Wolf-New York. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Febr. 1906.) Verfasser haben diese Anomalie bei einer 65jährigen Dame, welche wegen Mammacarcinom in Behandlung war, beobachtet und bei zwei Gelegenheiten die gesamte, in 24 Stunden ausgeschiedene Urinmenge genau untersucht. Bei dem Dunkel, welches zurzeit noch über dem Chemismus dieser ungewöhnlichen Anomalie schwebt, ist jeder solcher Beitrag wertvoll. Im allgemeinen erhielten Verfasser ähnliche Resultate, wie sie von Alsberg und Folin publiziert sind. Abweichend davon war ein hoher Befund an Ammoniak. Dies war möglicherweise durch einen zurzeit bei der Patientin bestehenden Darmkatarrh zu erklären; vielleicht auch liefert die angewandte Methode (Schaffer) andere Resultate als die von Folin. Auffallend war ferner ein hoher Gehalt an unverbundenem Stickstoff, was sich schwer erklären läfst. In bezug auf den Schwefel ergaben die vorliegenden Untersuchungen ähnliche Resultate wie frühere. Das Cystin krystallisierte nach der Auflösung stets wieder in hexagonalen Tafeln. Wegen weiterer Einzelheiten mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bakteriurie, von G. Paul La Roque-Richmond. (*Journ. Americ. Med. Assoc.* 16. Juni 1906.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Erreger, die Pathologie, Diagnose und Behandlung der Bakteriurie teilt der Verfasser einen Fall mit, welcher eine 55jährige Frau betraf. Diese hatte vorher eine schwere Dysenterie durchgemacht und ihre neuen Krankheitserscheinungen legten fälschlich einen Verdacht auf beginnendes Carcinom nahe. Der saure Urin der Patientin enthielt kein Eiweifs und keinen Eiter und zeigte mikroskopisch reichlich Bakterien. Das cystoskopische Bild ergab aufser leichter Rötung der Schleimhaut keine Krankheitsanzeichen.

Schourp-Danzig.

Typhusbacillurie, von Dods Brown-Edinburgh. (*Edinburgh med. Journ. XIX.* 1906. Nr. 2.) Nach eigenen Untersuchungen und der bisherigen, nicht gar reichlichen Literatur kommt B zu folgenden Feststellungen: Der Typhusbacillus kommt im Urin von Typhuskranken in 30 bis 35 Prozent der Fälle vor; er macht in den meisten Fällen keine Symptome, sondern fällt oft nur bei der bakteriologischen Untersuchung auf. Die Bacillurie ist häufig begleitet von Albuminurie und Pyurie, aber eben nicht immer. Die Bazillen treten im Harn in der dritten oder vierten Krankheitswoche auf und können ganze Wochen und Monate auch schon lange nach der Genesung sich halten. Die Bacillurie begleitet mehr die schweren und komplizierten

Fälle, doch können auch schwere Fälle ohne Bacillurie vorkommen, so daſs jedenfalls die Bacillurie keinen bestimmten diagnostischen Wert hat; nur bei den septikämischen Typhusfällen ist der bakteriologische Befund entscheidend.

Die Anwesenheit von spezifischen Bazillen im typhösen Urin ist gefährlicher als im Stuhle, denn 1. ist die Desinfektion des Urins bisher viel weniger streng gehandhabt worden und alle Aufmerksamkeit ist bloſs auf den Stuhl gelenkt worden, der von der dritten Woche ab schon keine Typhusbazillen mehr aufweist, 2. ist ein Beschmutzen mit Urin viel leichter möglich und 3. ist gerade auch eine Wasserinfektion durch den überall hindringenden Urin leichter gegeben.

Alle Typhuspatienten sollten daher angewiesen sein, in besondere Behälter zu urinieren, die dann jedesmal streng desinfiziert werden können, und es sollte ihnen eingeschärft werden, nicht in das Badewasser und nicht sonst an anderen Orten Wasser zu lassen.

Alle Typhuskranken sollten von der dritten Woche ab auf zehn Tage Urotropin erhalten, nach einer Woche Zwischenpause sollte diese Darreichung noch einmal wiederholt werden. *Arthur Rahn-Berlin.*

Mitteilung über einen Paracolonbacillus im Urin, von W. Mair-Belfast. (*Brit. Med. Journ.* 24. Febr. 1906.) Bei zwei Fällen hat M. kürzlich einen Bacillus angetroffen, welcher mit dem Bacillus coli im allgemeinen Ähnlichkeit zeigte, aber auf Nährmedien mit Glukose oder Laktose zwar zu Säurebildung, aber nicht zur Entwicklung von Gas führte, was allgemein als ein Charakteristikum des Bacillus coli anerkannt wird. Klinisch zeigten die Patienten die gleichen Störungen, wie man solche bei Vorhandensein des letzteren antrifft. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Hämaturie als Initialsymptom primärer Nierentuberkulose, von Askanazy. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 86. Band.) Die Nierentuberkulose leitet sich gelegentlich mit einer profusen Nierenblutung ein, die oft Jahre lang den objektiven Symptomen der Krankheit vorangehen kann. Da die Tuberkulose der Nieren meist primär auf hämatogenem Wege zustande kommt, so ist diese Tatsache für unser therapeutisches Handeln von allergröſstem Wert, da es oft gelingt, die Diagnose sehr frühzeitig zu stellen und nun durch Exstirpation der befallenen Niere den tuberkulösen Herd auszuschalten oder durch geeignete diätetische hygienische Maſsregeln zur Ausheilung zu bringen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Hämaturie, von Legueu. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 1.) L. zählt die verschiedenen Formen von Hämaturie auf, schildert, wie und auf Grund welcher Erscheinungen der Sitz der Blutung und ihre Ursache bestimmt werden kann, und bespricht dann ganz kurz die symptomatische Behandlung. Eine angioneurotische Hämaturie, eine Hämaturie infolge renaler Hämophilie gibt es nach L. nicht; es handelt sich in den Fällen, die so bezeichnet werden, um „partielle Nephritiden", d. h. um entzündliche Veränderungen einzelner Partien der Nierensubstanz. Die absolute Milchdiät bei Erkrankungen der Harnorgane und speziell der Nieren hält L. im Gegensatz zu den meisten anderen französischen Autoren für schädlich. *Götz-München.*

Über Hämaturien, von Julius Vogel-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 16.) Hämaturien sind ein recht häufiges Vorkommnis, die aber der Deutung oft sehr groſse Schwierigkeiten bereiten können. Man muſs unterscheiden zwischen Hämaturie und Hämoglobinurie. Für die erste ist charakteristisch das Vorkommen roter Blutkörperchen im Harn, für letztere das Vorkommen von freiem Blutfarbstoff, ohne daſs sich zellige Elemente finden. Das Vorkommen von Blut im Urin deutet mit Sicherheit darauf hin, daſs der Sitz der Erkrankung in den Harnwegen zu suchen ist. Hauptsache ist für den Arzt, die Herkunft der Blutung festzustellen. Am häufigsten sind Erkrankungen der Blase oder der Nieren Ursache von Hämaturien,

deren Differentialdiagnose sehr schwierig ist, wie Verfasser zeigt. Er bespricht dann die Blutungen der Harnröhre und besonders eingehend die Blasenblutungen, besonders auch im Hinblick auf Steine, Geschwülste, Parasiten, Verletzungen der Blase. Den Schlufs bilden Blutungen aus Harnleiter und Nieren. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Pathogenetische Studie über paroxystische Hämoglobinurie, von Pierre Hornus. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 68.) *Fritz Loeb-München.*

Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Julius Donath und Karl Landsteiner. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 58. Nr. 1—2.) Bereits in einer früheren Arbeit haben die Verfasser das Ergebnis ihrer Untersuchungen berichtet, wonach die Blutauflösung bei den Anfällen der Hämoglobinuriker durch ein Hämolysin bedingt wird. Durch oxalsaures Kalium, flüssig erhaltenes Blut des Hämoglobinurikers oder eine Mischung von Blutserum aus dem anfallsfreien Intervall wurde mit einer Blutaufschwemmung desselben Individuums zunächst abgekühlt und dann auf Körperwärme gebracht; bei diesem Versuche zeigte sich stets eine intensive Hämolyse, welche nicht eintrat, wenn in derselben Weise hergestellte Mischungen ebensolange bei niedriger oder hoher, aber konstanter Temperatur gehalten wurden. Es konnte festgestellt werden, dafs die Hämolyse unter diesen Bedingungen nicht die Folge der Temperaturveränderung als solcher ist, sondern von einer lösenden Wirkung des Serums bezw. Plasmas abhängt. Es zeigte sich, dafs die wichtigste Eigentümlichkeit des Hämoglobinurieblutes in der besonderen Beschaffenheit des Serums besteht; die Blutkörperchen dieser Kranken dagegen wiesen keine konstanten Unterschiede gegenüber anderen menschlichen Blutkörperchen auf. Weiterhin wurde festgestellt, dafs von den Blutkörperchen des Hämoglobinurikers in der Kälte aus dem Serum ein Toxin — Lysin — absorbiert wird, und dafs die Blutkörperchen, welche zuerst in der Kälte mit dem Hämoglobinurieserum behandelt wurden, nachher in der Wärme von einem beliebigen menschlichen Serum gelöst werden. Die Hämolyse bei den Anfällen der paroxysmalen Hämoglobinurie erfolgt dadurch, dafs bei der Abkühlung des Blutes ein im Serum enthaltenes Toxin gebunden wird und dafs die mit dem Gift verbundenen Blutkörperchen sich beim nachfolgenden Erwärmen des Blutes mit Hilfe eines leicht zerstörbaren Agens auflösen. — Nach Mitteilung von Krankengeschichten betreffend Fälle von Hämoglobinurie und ihren Untersuchungen daran stellen die Verfasser ihre Untersuchungen an 195 nichthämoglobinurischen Individuen zusammen. Der Nachweis des Hämolysins bei Gesunden und anderen, nicht hämoglobinurischen, Kranken gelang nach der angegebenen Methode nicht. Um einen Anhaltspunkt für die Natur des beim Hämoglobinuriker im Blute vorhandenen eigentümlichen Giftes zu haben, könnte man an eine exogene Natur des Giftes oder an ein im Körper selbst entstandenes Gift denken. Für die erste Annahme könnte die Existenz bakterieller Hämolysine, sowie mit Hämoglobinurie einhergehender Infektionskrankheiten herangezogen werden. Tatsächlich finden sich in der Anamnese der Hämoglobinuriker in einem grofsen Prozentsatz der Fälle Infektionskrankheiten und unter diesen vor allen anderen Syphilis angegeben. Die Verfasser untersuchten daher auch bei Individuen mit vor längerer Zeit überstandener Lues nach dem Hämolysin und wählten dazu Fälle von progressiver Paralyse, welche der paroxysmalen Hämoglobinurie in ätiologischer Beziehung nahe zu stehen scheint. Es erwies sich das Vorhandensein des Hämolysins unkonstant. Die Verfasser halten es daher für wahrscheinlich, dafs aufser dem notwendigen Vorhandensein des durch ihre Versuchsanordnung nachgewiesenen toxischen Prinzipes für das Zustandekommen der Anfälle noch andere Umstände mafsgebend sind, als welche sie das Bestehen von Gefäfsinnervationsstörungen annehmen, vermöge deren es zu einer für die Wirkung des Toxins genügenden Temperaturherabsetzung in den abgekühlten Teilen kommen kann. *Schourp-Danzig.*

Die Pathologie der paroxysmalen Hämoglobinurie, von J. Eason-Edinburgh. (*Edinburgh med. Journ.* 1906. Nr. 1.) Bei der Untersuchung und Beschreibung eines Falles von paroxysmaler Hämoglobinurie bespricht E. seine Experimente und kommt zu folgenden Schlufsfolgerungen:

Bei der Hämoglobinurie tritt im Blutserum und in der Lymphe eine pathologische Substanz auf. Diese Substanz vermag in vitro die Blutkörperchen derselben — kranken — Person (Autolyse) und die normaler Individuen (Isolyse) aufzulösen, wenn sie bestimmten Temperaturbedingungen folgt. Die Temperaturbedingungen bedürfen aber noch eines genaueren Studiums; jedenfalls begünstigt eine Temperaturerniedrigung das Auftreten der hämolytischen Substanz, während die normale Körpertemperatur dafür hinderlich ist.

Die Beobachtungen, die E. über die Phagocytose während der Hämolyse in vitro anstellen konnte, entsprechen den Versuchen von Levaditi, Javtschenko, Gruber und Ruziczka.

Auf der Höhe der Phagocytose tritt eine Verschmelzung der Amboceptoren mit den roten Blutkörperchen ein. Das „Ruziczka-Phänomen" konnte auch E. während der Auto- und Isolyse beobachten, wo sie bedingt war durch das Serum der paroxysmalen Hämoglobinurie.

Erst die Vereinigung der Amboceptoren mit den roten Blutkörperchen kann die Hämolyse auf ihre Höhe bringen, die Amboceptoren allein vermögen nichts Derartiges. Dazu gehört noch das Komplement.

Die Veränderungen in den roten Blutkörperchen, die man in einer Lösung erhält, welche den Bedingungen der Hämolyse entspricht, sind genau dieselben, wie sie Gruber beschrieben hat.

Das Serum von normalen Individuen kann keine Hämolyse hervorrufen. Das Serum von verschiedenen Individuen, die an der paroxysmalen Hämoglobinurie leiden, kann nur geringe oder meistens keine Hämolyse hervorrufen.

Arthur Rahn-Berlin.

Einige Beobachtungen über anfallsweise auftretende Hämoglobinurie, von J. Eason. (*Scott. Journ.* Mai 1906.) Im allgemeinen wird diese Hämoglobinurie als eine ziemlich seltene, chronische Krankheit definiert, bei welcher zeitweise Hämoglobin durch den Urin ausgeschieden und als Ursache Erkältung, weniger häufig physische oder geistige Überanstrengung angenommen wird. Die Symptome eines drohenden Anfalls sind folgende: Der Patient hat ein Gefühl intensiver Kälte, speziell an den Extremitäten, welche blafs und zuweilen cyanotisch werden, eine Art Starre folgt, und die Körpertemperatur steigt um einige Grade; Gefühl von Mattigkeit, Erbrechen und Diarrhoe sind ziemlich häufige Begleiterscheinungen, besonders der schweren Fälle, und ein dumpfer Schmerz in der Lendengegend gewöhnlich vorhanden. Wenige Stunden später wird ein rotbrauner, freies Hämoglobin enthaltender Urin gelassen; der Anfall währt nur einige Stunden, und Patient fühlt sich dann wieder wohl. Eason nahm eine Reihe von Experimenten vor und kam dabei zu dem Schlusse, dafs plötzliche Kälteeinwirkung die hauptsächlichste Ursache der Hämoglobinurie bei sonst gesunden Personen ist: das Blut zirkuliert in den kälteren Teilen des Körpers (Händen und Füfsen, Gesicht und Ohren usw.), rote Blutkörperchen und intermediäre Zellen vereinigen sich, und bei der Rückkehr des Blutes in die warmen Zentralorgane entsteht die Hämolysis. Nachdem in der Literatur Urticaria als häufige Begleiterscheinung der Hämoglobinurie angeführt wird, erscheint es Eason wahrscheinlich, dafs sowohl diese wie erstere auf die Einwirkung einer identischen toxischen Substanz, durch den Kälteeinfluſs entstanden, zurückzuführen ist. *Stern-München.*

Bemerkungen über einen Fall von Hämatochylurie nebst Beobachtungen über die Morphologie des Embryo der Filaria nocturna, von WILLIAM B. SCHERRET und JOHN R. MCDILL-Manila. (*Department of the Int. Bureau of Govern. Labor. in Manila.* 1905. Nr. 31.) Verfasser teilen die Krankengeschichte eines 22jährigen japanischen Mädchens mit, welches an Hämatochylurie litt. Die Erkrankung zeigte sich zum ersten Male im August 1903, verschwand dann für drei Monate und trat dann wieder auf. Im Urinsediment wurden filariaähnliche Gebilde gefunden, nicht aber im Blut; hier konnte man sie erst zwei Monate nach der Aufnahme der Patientin ins Krankenhaus, die am 30. Mai 1904 stattgefunden hatte, und zwar in dem Blute der Fingerbeeren nachweisen. Patientin erhielt Tonica, die Blase wurde zuerst mit Borsäurelösungen, später mit Sublimat 1:10000 ausgespült; ferner bekam sie Urotropin, Morphium subcutan und Adrenalin-Injektionen in die Blase, später auch innerlich Adrenalin, und zwar 10—15 Tropfen einer Lösung 1‰ vierstündlich, schliefslich erhielt sie Methylenblau innerlich und als dieses wegen anhaltenden Erbrechens ausgesetzt werden mufste, längere Zeit hindurch Chinin. Aufserdem wurde Patientin mit X-Strahlen behandelt, und zwar wurde eine Schwellung der Lendengegend, welche unterdessen aufgetreten war, längere Zeit dieser Behandlung unterworfen. Am 2. Oktober trat eine Pleuritis auf; eine am 8. Oktober vorgenommene Paracenthese förderte 600 ccm strohfarbiges Serum zutage. Unterdessen hatte sich die ganze Haut purpurrot entzündet. Bis dahin hatte die Hämatochylurie unvermindert weiter bestanden; vom 10. Oktober an wurde der Urin normal und blieb es bis zur Entlassung der Patientin kurze Zeit darauf. Seit zwei Monaten keine Anzeichen von Hämatochylurie, doch waren Filariaembryonen noch im Blut nachzuweisen; eine Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Parasiten halten Verfasser für ausgeschlossen. Der Schlufs der Arbeit beschäftigt sich mit der Morphologie des Embryo der Filaria nocturna. *Putzler-Danzig.*

Über Oxalurie, von H. H. ROBERTS-Lexington. (*New York med. Journ.* 17. Febr. 1906.) R fand nach vieljährigem Studium, dafs Oxalurie weit häufiger ist, als gewöhnlich angenommen wird, dafs es sich dabei um einen wirklich pathologischen Zustand handelt, auch bei alimentärer Oxalurie, wie nach Genufs mancher Früchte und Vegetabilien irgendeine Anomalie im Organismus (Stoffwechsel) vorhanden ist. Solche Patienten sind häufig mit Hyperacidität, nervöser Indigestion, Flatulenz behaftet, sehr reizbar und werden nicht selten als Neurastheniker, Hypochonder usf. erklärt; psychische Depression, allgemeine Müdigkeit, Migräne, Neuralgien, Muskelschmerzen sind fast konstante Symptome. R. glaubt, dafs die sogenannte Harnsäurediathese, Gicht, Lithämie und auch Rheumatismus häufig mit Oxalurie verwechselt wird. Die Bildung von Oxalsäure ist im allgemeinen ein Zeichen mangelhafter Oxydation, und wird diese beschleunigt (durch flüssige, Milchdiät und entsprechende Mineralwässer), so beobachtet man rasche Abnahme der Oxalsäure. Oxalurie hält R. ferner für eine, wenn nicht die Hauptursache der Appendicitis. Der Blinddarm enthält fibröses Gewebe, auf welcher Oxalsäure bei verminderter Alkaleszenz sich niederschlagen kann; es gesellt sich, besonders im Wurmfortsatz, Stagnierung der Fäces, Obstipation usw. hinzu, auch viele Formen von sogenannter Colitis und anderen Darmreizungen, erklärt R., sind nichts anderes als die Folge von abnormer Oxalsäurebildung. Bei dieser intestinalen Form von Oxalsäuresediment bildet sorgfältig ausgewählte Diät, d. h. Verwendung solcher Nahrungsmittel, welche an sich keine Oxalsäure produzieren, die Verbrennung vermehren und leichter Oxydation fähig sind, die Hauptbehandlung, daneben Sorge für Magen und Darm, Salicylpräparate, alkalien- und sauerstoffreiche Medikamente, Hydrotherapie, Elektrizität, frische Luft. Zur Untersuchung des Urins auf Oxalsäure ist die beste Methode nach Verfasser die NEUBAUERsche mit der 24stündigen Harnmenge. Mit den genannten Heilprinzipien,

nach individueller Richtschnur angewandt, erklärt R. viele der sogenannten chronischen und unheilbaren Fälle einer Besserung und Dauerheilung für zugänglich.

Stern-München.

Über eine bisher nicht beachtete Quelle der alimentären Pentosurie, von R. v. JAKSCH-Prag. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 6 und *Zentralbl. f. inn. Med.* 1906. Nr. 6.) Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs, wenn Gesunde oder Kranke, deren Harn absolut frei von Kohlehydraten ist, 1—1½ Liter eines Fruchtsaftes — z. B. Äpfelsaft — trinken, der danach entleerte Harn die TROMMERsche oder NYLANDERsche Probe zeigt, mit Hefe keine Gärung gibt und mit Phenylhydrazin behandelt, ein Osazon liefert. Diese alimentäre Pentosurie hält mindestens 24 Stunden an. Für den Arzt ergibt sich daraus als wichtige Regel, bei anscheinend vorhandenem Zucker im Harn die Anamnese dahin zu ergänzen, ob der Untersuchte Fruchtsäfte genossen hat, und weiter, bei solchen Fällen stets die Gärungsprobe und die Probe von TOLLENS zu verwenden. *Schourp-Danzig.*

Bemerkungen zu der Arbeit von A. JOLLES, „Über den Nachweis der Pentosen im Harn", von BIAL, und „Über den Nachweis von Pentosen im Harn", von A. JOLLES. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1906. Nr. 4.) Streit der beiden Autoren, ob die von BIAL empfohlene einfache Pentosenprobe mit seinem Reagens genügend zuverlässig und einfach sei oder nicht. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Pentosurie, von FRANZ ERBEN-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 23.) E. hatte Gelegenheit, bei einem 21jährigen Patienten, der seit sechs Monaten an unregelmäfsigem Stuhlgang, Analjucken, leichter Ermattung nach geringfügigen Anstrengungen und starkem Schwitzen litt, eine ausgesprochene Pentosurie festzustellen. Die Harnmenge schwankte zwischen 600 ccm und 1150 ccm in 24 Stunden; die Pentose von 0,205% bis 0.250%. *Putzler-Danzig.*

Phosphaturie und Calcariurie, von TOBLER. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* 52. Band. Heft 1 u. 2.) Verfasser weist durch gewichtsanalytische Untersuchungen an drei Kindern nach, dafs die Phosphaturie in Wahrheit eine Calcariurie ist, d. h. dafs die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure meist verringert, die des Kalkes erheblich gesteigert ist. Es liegt der Krankheit jedenfalls eine Störung der Kalkausscheidung (sei diese wie immer) zugrunde. Daher empfiehlt er zur Heilung eine kalkarme Nahrung als Schonungsdiät. Hierbei ist zu beachten, dafs Kuhmilch ebenso wie Kohl und manche andere Gemüse und Früchte sehr kalkreich sind, während Fleisch wenig Kalk enthält. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Klinik der Phosphaturie, von LEO LANGSTEIN. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 16.) In der letzten Zeit wird die Phosphaturie in verschiedene Formen eingeteilt. Unter diesen ist die juvenile am besten studiert, indem es bei ihr scheinbar gelungen ist, als Ursache eine scharf definierte Stoffwechselanomalie — nämlich eine vermehrte Kalkausscheidung im Harn — aufzudecken. Um diese Anomalie der Harnentleerung gruppiert sich nun im Kindesalter ein charakteristischer Symptomenkomplex, der in allgemeinen nervösen Erscheinungen schweren Grades besteht. Wichtig für die Auffassung vom Wesen des ganzen Krankheitsbildes sind die bei fast allen Fällen beobachteten Erkrankungen des Dickdarms — sie bestätigen die Annahme von SOETBEER, dafs die Anomalie des Kalkumsatzes durch eine Colitis bedingt sei. — Verfasser hat nun in den letzten beiden Jahren an den Fällen der Berliner Kinderpoliklinik das Bild der juvenilen Phosphaturie studiert. Auf Grund dieser Fälle scheint ihm die Symptomatologie der Erkrankung richtig beschrieben zu sein. In keinem Falle ist es ihm aber gelungen, aus dem Stuhle die Diagnose auf einen Dickdarmkatarrh zu stellen, und er hält es deshalb für möglich, dafs auch die juvenile Form der Phosphaturie in bezug auf ihre Ätiologie noch weitgehende Modifikationen wird erfahren

müssen. — In einem Falle von familiärer Phosphaturie konnte eine konstitutionelle Anomalie ausgeschlossen werden: Verfasser fand bei beiden erkrankten Kindern eine Überernährung mit kalkreichen Nahrungsstoffen; nach Verabreichung einer kalkarmen Diät, bei Vermeidung von Milch und Eiern, schwand das Symptom der Phosphaturie und damit auch ein grofser Teil der nervösen Erscheinungen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Der elektrische Widerstand des Blutes und des Urins als Kriterium der funktionellen Leistungsfähigkeit der Niere, von Dawson Turner-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 28. Juli 1906) Um den Widerstand des Urins dem elektrischen Strom gegenüber zu prüfen, verwendet Verfasser eine U-förmige Röhre mit zwei scheibenförmigen Platinelektroden, welche gerade auf die Oberfläche der (21 ccm) Flüssigkeit passen. Die Bestimmungen wurden nach der Kohlrauschschen Methode bei 18° C. ausgeführt. Er bestimmte den Widerstand eines normalen Urins zu etwa 45 Ohm. Je mehr Salze im Urin, desto geringer der Widerstand. Dementsprechend fand sich auch gesteigerter Widerstand bei akuter krupöser Pneumonie, Diabetes mellitus, chronischer Nephritis und perniciöser Anämie (Funktionsstörung der Glomeruli). Verfasser hat ferner einen Apparat konstruiert, um den Widerstand des Blutes zu bestimmen. Portionen von 5 ccm genügen dabei. Er fand einen Widerstandsdurchschnitt von 93,5 Ohm. Bei perniciöser Anämie kann diese Zahl auf 50 sinken. Ein nützlicher Indikator des Gesundheitszustandes ist das Verhältnis der Ohmzahl des Blutes verglichen mit derjenigen des Urins. Bei perniciöser Anämie ergibt dieses Verhältnis einen Bruch, bei normalem Zustand eine volle Zahl, 1 bis 3 etwa. Der Widerstand ist von dem Vorhandensein von Salzen abhängig; Harnstoff, Eiweifs, Zucker haben wenig oder gar keinen Einfluſs dabei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die pathologische Harnstoffretention. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 17.) Retention von Harnstoff kommt bei akuten und bei chronischen Nierenerkrankungen vor; sie führt zu Intoxikationserscheinungen und kann die sekundäre Retention von Chlornatrium und damit die Bildung von Ödemen verursachen, aufserdem hat sie zuweilen die Retention toxischer albuminoider Substanzen zur Folge und spielt infolgedessen bei der Entstehung der Urämie eine wichtige Rolle. Fleischnahrung wirkt bei Kranken mit Harnstoffretention schlecht; dagegen begünstigt eine stickstoffarme, in der Hauptsache aus Amylaceen (Kartoffeln, Brot, Reis, Zucker), Butter und Käse bestehende Kost direkt die Ausscheidung des Harnstoffes aus dem Körper. Besteht gleichzeitig Kochsalzretention mit Ödemen, dann mufs die Kost überdies kochsalzfrei sein. *Götz-München.*

Die Herstellung von Dauerpräparaten aus Harnsedimenten, von Elise Wolff-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 24) Verfasserin, Präparatorin bei A. Fränkel-Berlin, beschreibt ihre Methode zur Fixierung und Färbung diagnostisch wichtiger, pathologischer Bestandteile im Harn. Sie färbt mit Eosin, Hämatoxylin, Karmin und auch van Gieson. Nähere Details sind im Original nachzulesen.

Carl Schramm-Dortmund.

Bemerkungen über Albuminurie, Cylindrurie und Brightsche Krankheit, von S. J. Meltzer-New York. (*New York med. Journ.* 28. Juli 1906.) Nach einem historischen Überblick über die in neuerer Zeit wieder viel diskutierte Frage der Brightschen Krankheit, der physiologischen und pathologischen Albuminurie und Cylindrurie kommt M. zu dem Schlusse, dafs wir ebenso wie eine physiologische Albuminurie auch eine solche Cylindrurie anerkennen müssen. Unter physiologischen Verhältnissen sind beide nur vorübergehender Natur, nur zeitenweise und in geringen Mengen auftretend, während sie bei Erkrankung der Nieren ständig und in gröfserer Menge vorhanden sind. Eine Spur von Eiweifs, durch ein sehr feines

Reagens entdeckt, und ein hyaliner, granulierter oder Epithelcylinder, welchen eine vorzüglich arbeitende Zentrifuge ans Licht bringt, sollten keineswegs die Diagnose der Brightschen Krankheit begründen, sondern nur die ständige Anwesenheit dieser Symptome, und zwar, wenn Patient ruhig liegt und keinerlei Aufregung ausgesetzt ist — allzu feine Methoden können also zu sehr verhängnisvollen Irrtümern, wie M. hervorhebt, führen, zumal bei Lebensversicherungsuntersuchungen. Es steht für ihn fest, dafs es sowohl eine orthostatische (nach der Bettruhe), wie eine alimentäre, wie eine Pubertätsalbuminurie, letztere bei etwa einem Fünftel aller Individuen gibt, ohne dafs dabei irgendeine wirkliche Krankheit vorhanden wäre. Albuminurie und Cylindrurie sind an sich keine pathognomonischen Zeichen, sie bilden nur ein Glied in der Kette von Symptomen, welche zur Diagnose Brightscher Krankheit führen. Bis auf weiteres, d. h. bis wir noch ein gut Teil unsere Kenntnisse über die Funktionen der Niere und die Tätigkeit ihrer spezifischen Gewebe und deren komplizierten Mechanismus vermehrt haben, möchte M. keine neuen Klassifikationen und neuen Namen, welche nur noch mehr Verwirrung brächten, eingeführt wissen, und mit Brightscher Krankheit nur die parenchymatöse Nephritis, sei sie akut, subakut oder chronisch, benennen. Bei der Diagnose der chronischen interstitiellen Nephritis, sei sie primär, sekundär oder auf Arteriosklerose beruhend, spielten Eiweifs und Cylinder niemals eine wichtige Rolle. *Stern-München.*

Zur Pathogenese der Pseudophosphaturie, von Campani und Formiggini. (*Giorn. internas. delle scienze med* 1906. Nr. 15.) Die sogenannte Pseudophasphaturie ist eine Erscheinung, die ihre Entstehung einer bedeutenden Abnahme der Beziehungen der sauren zu den basischen Äquivalenten in der Urinelimination zugunsten der letzteren verdankt. Die absolute Azidität des Urins dagegen erleidet keine Veränderung. Die Pseudophosphaturie kann als eine übertriebene physiologische Funktion betrachtet werden, die denselben Gesetzen gehorcht wie die normale physiologische, aber aus Gründen der Quantität zu anderen Resultaten führt. Die Zunahme der Ausscheidung der basischen Äquivalente gibt uns eine Erklärung für alle urologischen Verhältnisse sowie für manche symptomatologische und ätiologische Tatsachen.

C. Müller-Genf.

Intermittierende Pentosurie und Glykosurie, von D. M. Kaplan-New York. (*New York med. Journ.* 4 Aug. 1906) Verfasser führt in erster Linie an, dafs man leicht Irrtümer bei der Klassifikation der im Urin vorhandenen reduzierenden Substanzen (Kohlehydrate) machen kann, wenn man denselben nicht wenigstens mit vier bis fünf der Hauptproben unterwirft, und beschreibt dann kurz die wichtigsten derselben (Barfreds, Rubners R aktion, Alphanaphtol-, Resorcin-, Phloroglucin-, Orcin-Probe). Anschliefsend an einen selbst beobachteten Fall von Pentosurie bei einem 47jährigen Mann, der viele Jahre unter dieser Affektion litt, etwa 2,4 g Pentose pro Tag im Urin ausschied und bei dem der Verlauf des Leidens ganz ähnlich wie bei Diabetes war, und die Berichte in der Literatur, nimmt K. folgende Einteilung der Pentosurie vor: 1. Chronische Pentosurie, wo konstant im Urin Pentose secerniert und Glykosurie nach Einnahme von $^1/_{100}$ g Glykose nicht hervorgerufen wird. 2. Alimentäre Pentosurie bei Individuen, welche grofse Mengen von, mit der Nahrung eingeführter, Pentosane nicht oxydieren können und einen Teil derselben als Pentose ausscheiden. 3. Intermittierende Pentosurie. 4. Intermittierende Pentosurie und Glykosurie gleichzeitig bestehend; im Verlaufe des chronischen Diabetes können zeitweise im Urin geringe Mengen von Pentose gefunden werden, ohne dafs diese Koinzidenz bisher die besondere Beobachtung der Kliniker erregt hätte. Schliefslich hebt K. hervor, dafs nach den neuesten Forschungen Pentosurie nicht die Folge unvollständiger oder ver-

kehrter Zersetzung der Nukleoproteide ist, dafs er vielmehr in seinem Falle konstant Verminderung der Harnsäure und keine vermehrte Phosphorsäure-Ausscheidung fand.
Stern-München.

B. WAGNERs Saccharo-Manometer zur quantitativen Bestimmung des Zuckergehaltes unverdünnter Urine, von H. RÖHRER-Rostock. (*Die ärztl. Praxis.* 1906. Nr. 11.) Verfasser empfiehlt warm für die Praxis das WAGNERsche Instrument, das sich durch handliche Form, Stabilität, leichte Handhabung und billigen Preis (14 Mark) auszeichnet. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bericht über einen Fall von Verschlufs des Ureters durch massenhafte Einschwemmung linsenförmiger Nierenbeckensteine, von WILHELM LÖHE. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1905.) Die Menge der Steinchen betrug ca. 2401 Aus der Leichendiagnose interessiert hier noch, dafs es zu einer vollkommenen Ausfüllung und Verschliefsung des linken Ureters durch diese weichen linsenförmigen Steinchen und zu einer hochgradigen kompensatorischen Hypertrophie der rechten Niere gekommen war. Die Steinchen hatten nie Beschwerden gemacht und haben auch nicht den Exitus herbeigeführt. *Fritz Loeb-München.*

Grofser Stein im Ureter; Entfernung desselben durch Sectio alta vesicae, von BUSHTON PARKER-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 21. Juli 1906.) Die Beschwerden, welche den 49jährigen Bergmann zum Arzte führten, waren Schmerzen im Mastdarm, namentlich beim Gehen, und Vorfall des Afters. Von seiten des uropoëtischen Systems wurden zu keiner Zeit irgendwelche Symptome konstatiert. Vom Rectum aus fühlte man einen sehr harten Tumor von ungefähr Wallnufsgröfse. Das Röntgenbild liefs einen Stein annehmen. Die Sondierung der Blase fiel negativ aus; bei gleichzeitiger Einführung eines Fingers ins Rectum kam letzterer zwischen Tumor und Sonde zu liegen. Es wurde zuerst eine Medianinzision in der Regio hyphogastrica ausgeführt, aber auf diese Weise liefs sich der Stein nicht erreichen. Nach Eröffnung der Blase durch einen transversalen Schnitt konnte derselbe entfernt werden, indem man direkt darauf einschnitt. Derselbe wog ca. 21 g. Eine nachher ad hoc vorgenommene Untersuchung ergab einen völligen Mangel an sekretorischer Tätigkeit seitens der rechten Niere. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Pyurie, von LEGUEU. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 5.) Zusammenstellung der verschiedenen Arten der Pyurie und der klinischen Merkmale, welche die Feststellung des Sitzes der Eiterung ermöglichen, nebst einer kurzen Besprechung der Behandlung; der Aufsatz bringt nichts wesentlich Neues. *Göts-München.*

Ein einfaches Verfahren zur approximativen Bestimmung des Chlorgehalts im Urin, von G. EKEHORN. (*Arch. f. klin. Chir.* 79. Bd. 1. Heft.) Eine graduierte und mit Teilstrichen versehene Glasröhre wird mit Urin und mit Eisenrhodanitlösung: 0,322 g Rhodankalium, 40 ccm destilliertes Wasser und gesättigte chlorfreie Eisenalaunlösung bis 100 ccm — und Silbernitratlösung: 5,815 g Silbernitrat, 50 ccm chlorfreie Salpetersäure vom spezifischen Gewicht 1,2, dazu destilliertes Wasser bis 1000 ccm gefüllt, worauf der Chlorgehalt in prom. NaCl ausgedrückt abgelesen werden kann.
Schourp-Danzig.

Temporäre Glykosurie, von E. C. SIMPSON-Louisville. (*Louisville Journ.* Febr. 1906.) S. hält es für sicher, dafs die Malaria zeitenweise ebenso Glykosurie wie Hämaturie verursacht, und nennt diese analog der sogenannten funktionellen Albuminurie funktionelle Glykosurie, ohne dafs dabei andere Erscheinungen von Diabetes vorhanden wären. Diese funktionelle Glykosurie findet man häufig bei Leuten, die auch sonst sich guter Gesundheit erfreuen, und ist sie besonders wichtig, wenn es sich um Aufnahme in die Lebensversicherung handelt. Als recht charakteristischen Fall von Malaria-Glykosurie führt S. den eines 47jährigen Mannes an, welcher häufig bis 1% Zucker

im Urin hatte, bei dem derselbe aber völlig verschwand, sobald Chinin gegeben wurde und durch diese Therapie völlig zum Verschwinden gebracht wurde. S. erklärt die Untersuchung mit Phenylhydrazin für die sicherste Zuckerprobe; ein erhöhtes spezifisches Gewicht sollte ferner längst nicht mehr zu den sicheren Zeichen der Glykosurie gerechnet werden.

In der folgenden Diskussion (in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville) erklärt es Marvin zum mindesten für weit ausgeholt, Malaria als Ursache temporärer Glykosurie aufzustellen; wäre dies der Fall, so müfsten weit mehr Fälle von letzterer zur Beobachtung kommen.

Bailey hält es keineswegs für ungewöhnlich, dafs man bei sonst gesunden Leuten zeitenweise Zucker im Urin findet, und führt als Beispiel einen alten Herrn an, der diesen Zustand seit 10-15 Jahren hat, immer noch in anscheinend guter Gesundheit lebt und keinerlei Symptome von Malaria oder Diabetes zeigt. *Stern-München.*

Die quantitative Zuckerbestimmung im Harn und ihre klinische Bedeutung nebst Beschreibung eines neuen Gärungsapparates, „Gärungs-Saccharo-Manometer“, von B. Wagner-Rostock. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.) Nach einer kurzen Kritik der gebräuchlichen Methoden und Instrumente zur quantitativen Bestimmung des Zuckers im Harn beschreibt W. eine von ihm erfundene Modifikation des Lohnsteinschen Präzisions-Gärungssaccharometers. Der Apparat Lohnsteins gibt bei einfacher Handhabung Resultate, die für die Praxis durchaus genügen; er hat aber den Nachteil, dafs die zu vergärende Flüssigkeit und die Hefe in das gleiche Gefäfs kommen wie das Quecksilber, dafs dieses infolgedessen jedesmal beschmutzt wird und dafs die Reinigung eine ziemlich umständliche ist. Der von W. konstruierte Apparat hat dasselbe Prinzip wie der Lohnsteinsche; nur kommen bei ihm die zu vergärende Flüssigkeit und der Hefebrei in ein eigenes Gärungsfläschchen, in das ein am Manometer befindliches Glasröhrchen hineinleitet. Die Gärungsflüssigkeit kommt also mit dem Quecksilber nicht in Berührung, eine Verunreinigung des Quecksilbers ist absolut ausgeschlossen und die Reinigung des Gärungsgefäfses ist eine sehr leichte und einfache. Dabei ist das Instrument, das W. „Gärungs-Saccharo-Manometer“ nennt, ebenso handlich wie der Saccharometer Lohnsteins, hat aber vor diesem den Vorzug, nicht so leicht zerbrechlich zu sein, denn Manometer und Gärungsfläschchen sind in einem mit einer Vertiefung versehenen Rahmenbrett untergebracht. — Der Apparat wird von der Glasinstrumentenfabrik F. O. R. Götze in Leipzig hergestellt. *Göts-München.*

Über zwei Methoden zum quantitativen und qualitativen Nachweise von Zucker im Harne, von Graziani (*Giorn. internaz. delle sc. med.* 1906. Nr. 4.) Der Verfasser hat keine neuen Methoden vorzuschlagen, sondern will nur die Vorzüge der alten, bereits bekannten hervorheben. So zieht er für den qualitativen Nachweis des Zuckers allen anderen die Methode von Haines vor, für den quantitativen diejenige von Lohnstein. *C. Müller Genf.*

Quantitative Zuckerbestimmung im Harn. Kontrollversuche mit dem Rieglerschen Kaliumpermanganatverfahren, der Pavyschen Methode und dem Polarisationsapparat, von Richard Levy-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 5.) L. hat das von Riegler in der *Münch. med. Wochenschr.* 1904, Nr. 5 beschriebene und empfohlene Kaliumpermanganatverfahren, „eine rasch ausführbare gasometrische Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harn“, zahlreichen Nachuntersuchungen unterzogen; zum Vergleiche benutzte er den Polarisationsapparat und die Pavysche Titrationsmethode in der jüngst von Sahli in der *Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 36 angegebenen Modifikation. Es ergab sich, dafs die Titration nach Pavy der Polarisation fast gleichwertig ist; das Verfahren ist sehr einfach und billig und

kann, namentlich in der Sahlischen Modifikation, dem praktischen Arzt dringend empfohlen werden. Die Rieglersche Probe ist zeitraubender, unzuverlässiger und erfordert einen unbequemen, unhandlichen Apparat; sie erscheint daher wenig empfehlenswert. *Götz-München.*

Über Zuckerbestimmung im Harn, von Siegfried Rosenberg-Berlin. (*Berl. klin Wochenschr.* 1906. Nr. 33.) R. betont, dafs die Pavysche Methode der Zuckerbestimmung auch ihre Mängel habe. Ein sehr beliebtes Verfahren der Zuckerbestimmung beruht auf der Eigenschaft des Traubenzuckers, durch Hefe in Alkohol und Kohlensäure aufgespalten zu werden. Dieses Verfahren ist dank dem sehr brauchbaren und handlichen Präzisions-Gährungssaccharometer von Lohnstein leicht anwendbar. Bei Berücksichtigung aller Kautelen wird man mit dem Lohnsteinschen Apparate meistens Werte erhalten, welche den Bedürfnissen des Praktikers nicht nur genügen, sondern sogar über dieselben hinausgehen, und daher ist dieses Verfahren bisher das beste, zuverlässigste und einfachste. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Harncylinder, ihr semiologischer und prognostischer Wert, von Charles Gaillard. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 173. 113 S.) Erwähnung verdient nur das gute Literaturverzeichnis. *Fritz Loeb-München.*

Über Harncylinder, von Charles P. Emerson-Baltimore. (*Journ. Amer. med. assoc.* 6. u. 13. Januar 1906.) Im klinischen Laboratorium der Johns Hopkins Universität war unter E.s Leitung das Studium der Harncylinder während der letzten fünf Jahre besonders eifrig betrieben worden; daneben enthält seine vorliegende Arbeit noch einen Bericht über alle Fälle von Nephritis, welche im Johns Hopkins Spital, über 1000 an Zahl, wovon 500 zur Autopsie kamen, nebst anderen klinisch der Nephritis ähnlichen behandelt wurden. E. unterscheidet 1. Epithelialcylinder, 2. grobgranulierte Cylinder, 3. feingranulierte Cylinder, 4. Fettcylinder, 5. Wachs- (auch Amyloid- und Colloidcylinder genannt), 6. hyaline Cylinder, 7. Blutcylinder, 8. Hämaglobincylinder, 9. Fibrincylinder, 10. Eitercylinder, 11. cylindroide-fadenförmige Schleimkonglomerate, 12. kombinierte Cylinder, gewöhnlich als hyaline und feingranulierte oder Wachscylinder und grobgranulierte zusammen vorkommend, 13. Bakteriencylinder, 14. Uratcylinder und schliefslich 15. Pseudocylinder. Die Bakteriencylinder treten als Bakterienmassen bei eitriger, infektiöser Pyelonephritis und bei Pyämie der Nieren auf, die Uratcylinder als harnsaures Natrium in den Harninfarkten der Nieren Neugeborener. E. bespricht den Ursprung dieser verschiedenen Arten von Cylindern und deren Zusammenhang mit Nephritis. Bei akuter Nephritis (109 Fälle) war beinahe stets Albuminurie vorhanden, Epithelial-, hyaline und grobgranulierte Cylinder vorherrschend, es können aber alle Formen vorhanden sein. Subakute Nephritis: Eiweifsgehalt am gröfsten unter allen Arten von Nephritis, Sedimente ähnlich wie bei akuter Nephritis, grobkörnige, Fett- und Wachscylinder vorherrschend. Chronische Nephritis (ohne Autopsie) zeigt häufig nur Spuren von Eiweifs, nur hyaline und granulierte Cylinder. Chronische interstitielle Nephritis, nur zeitenweise Albumen, wenig Cylinder. Chronische indurative, chronisch-diffuse Nephritis (174 Fälle mit Autopsie), weifse Niere je nach der Gröfse: mit über 300 g im Gewicht (79 Fälle) hyaline und granulierte, sehr selten Fett- und Epithelcylinder, von 200—300 g. (57 Fälle) neue hyaline und Granulärcylinder, von 150—200 g. (30 Fälle) in manchen Fällen alle Arten, in anderen nur letzgenannte Arten. Weiterhin werden noch amyloide Degeneration, wobei der Befund an Cylindern ein sehr wechselnder ist, Nierenatrophie (bei Kachexie, seniler Entartung), Nephritis suppurativa, Tuberkulose, Carcinom usf. mit dem bezüglichen positiven oder negativen Befund an Cylindern beschrieben. Es gibt ferner Fälle von reiner Cylindrurie, welche nach Verabreichung von manchen Medikamenten, wie Arsenik, Kampher, Tuberkulin,

bei Endocarditis, bei Klappenfehlern und Arteriosklerosis vorkommt; häufiger ist aber in solchen Fällen Albuminurie. Im allgemeinen finden sich Cylinder im Urin, wenn letzterer vorhanden ist, aber beide Zustände können auch für sich allein vorkommen d. h. Cylindrurie ohne Eiweifs und umgekehrt. Die Cylinder können einen guten Index für den Zustand der Nierenzellen, ob sie nur gereizt oder völlig zerstört sind, abgegeben, sind von grofser Bedeutung, wenn sie nach einem Fall von Nephritis oder anderer Nierenerkrankung auftreten, aber für sich allein erlauben sie keinen Schlufs, ob nur eine vorübergehende Ernährungsstörung oder eine tiefgehende Erkrankung, ob eine akute Nephritis oder eine chronische mit beinahe völliger Zerstörung der Niere drohender Urämie vorhanden ist. Je näher die Nierenzellen der Norm nach sind, desto besser scheinen sie zur Bildung von Cylindern geneigt zu sein; in chronischen Zuständen scheinen die Zellen an ihren Zustand sich zu gewöhnen und nur wenige oder keine Cylinder zu bilden. Die Dauer des Vorkommens von Cylindern ist von grofser Wichtigkeit und ein gegebener Fall kann durch die Cylinder genau verfolgt werden; epitheliale, Blut- und Eitercylinder sind häufiger und von weit geringerer Bedeutung als gewöhnlich angenommen wird.

In der Diskussion, welche auf diesen Vortrag (in der 56. Jahresversammlung der American med. association Juli 1905) folgte, hob A. Witherspoon-Nashville hervor, wie sehr er seit Jahren sich von den regenerativen Eigenschaften der Nieren, überzeugt habe und dafs viele Ärzte zu rasch mit der Diagnose bei Nephritis seien; der einfache Befund an Eiweifs und Cylindern genüge nicht, sondern man müsse die 24stündige Harnmenge in Betracht ziehen und wiederholt mikroskopisch und chemisch untersuchen.

W. Ophüls-San Franzisko hat am pathologischen Laboratorium des Cooper medical College langjährige Untersuchungen angestellt und kam zu ähnlichen Resultaten wie Emerson; es können Albuminurie und Cylinder aller Art im Urin vorhanden sein und doch findet man bei der Autopsie oft weder makro- noch mikroskopisch Veränderungen aufser passiver chronischer Kongestion.

Woods Hutchinson erinnert daran, dafs die Brightsche Krankheit keine primäre Erkrankung der Nieren, sondern nur die lokalisierte Folge einer allgemeinen Arteriosklerosis und Fibrosis oder einer Toxämie nach Influenza, Sommerdiarrhoe usw. ist. Eine Stickstoffernährung ist notwendig, um die Niere in ihrem Kampfe, die Toxine auszuscheiden, zu kräftigen. Auch H. ist der Ansicht, dafs man die Bedeutung von Albumen und Cylindern bei der Diagnose der Nierenerkrankungen überschätze, während Mussen, Fussel u. a. davor warnten, in der Unterschätzung dieser Befunde nun zu weit zu gehen. *Stern-München.*

Zur Entstehung der Harncylinder, von A. Amato. (*Riv. Crit. di Clin. Med.* 1906. Nr. 14.) Die Ergebnisse der Untersuchungen, die der Verfasser an Tieren mittels Injektionen von Giften von Strahltieren gemacht hat, haben ihm, so meint er wenigstens, Aufschlüsse über die Entstehungsweise der Harncylinder geliefert, die bisher unbekannt waren. Danach sollen sich die fibrillär-fibrinösen Cylinder auf Kosten von Körnchen bilden, die sich intensiv nach der Weigertschen Methode färben und aus zerfallenen roten Blutkörperchen entstehen; die homogenen Cylinder, die ebenfalls die Weigertsche Färbung annehmen, bilden sich aus den fibrinös-fibrillären durch Einwirkung eines besonderen pathologischen Sekretes der Zellen in den Tubuli contorti. Je mehr sich diese homogenen Cylinder nach den aufsteigenden Ästen der Henleschen Schleifen erstrecken, um so mehr verlieren sie ihre Affinität zu den basischen Farbstoffen (Weigert), nehmen aber dafür immer mehr saure Farbstoffe (Fuchsin) auf. Die hyalinen Cylinder bilden sich aber auch durch eine pathologische Sekretion der Epithelzellen in den gewundenen Kanälen, was an dem

Auftreten von dicken Tropfen, vom Durchmesser eines Zellkernes, erkennbar ist. Den Farbstoffen gegenüber verhalten sich diese Tropfen in verschiedener Weise, je nach ihrer Lokalisation in den Kanälen. Die körnigen Cylinder bilden sich aus den Zerfallsprodukten vom inneren Rande der Epithelzellen, welche die kleinen Harnkanälchen überziehen; zuweilen entleeren sich auch die Zellen im Innern der Kanäle, wodurch nur eine dünne Hülle übrig bleibt. Die Epithelcylinder sind weiter nichts als das Produkt der Desquamation der Epithelien in den geraden Kanälen. Die Wachscylinder setzen sich zusammen aus okergelben, hellen Tröpfchen im Lumen der Kanäle oder in den Epithelzellen selbst; diese Tröpfchen sind wahrscheinlich aufgelöstes Hämoglobin aus dem Blute. *C. Müller-Genf.*

Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Harncylinder, von P. S. Wallerstein. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 58. 3—4.) Die Untersuchungen wurden an Kaninchen und Hunden vorgenommen, denen vor jedem Versuch vermittels eines sterilen Katheters der Harn entnommen und auf Zucker und Eiweifs untersucht wurde. Die Versuche wurden mit Injektionen von neutralem, chromsaurem Ammonium, von Kantharidenlösungen, mit subcutanen Injektionen von Sublimatlösungen, mit künstlich erzeugter Koprostase und mit künstlich erzeugter Gallenstauung vorgenommen. Aufser den üblichen Behandlungs- und Färbemethoden wurde das Altmannsche Verfahren angewandt. Aus der Beschreibung der pathologisch-anatomischen Präparate geht hervor, dafs die hyalinen Cylinder sich aus dem degenerierten, zerfallenen und metamorphisierten Epithel der Harnkanälchen bilden. In fast allen Abschnitten des Kanälchensystems der Niere waren Cylinder im Stadium der Bildung zu finden und zwar charakteristische Übergangsformen, welche allein die Frage nach der Entstehung der Cylinder entscheiden können, da, wenn in irgendeinem Harnkanälchen ein vollständig formierter Cylinder liegt, es aufserordentlich schwer ist, sich über seine Entstehungsweise, über den seiner Bildung zugrunde liegenden Prozefs ein Urteil zu verschaffen, besonders, wenn noch, wie nicht selten, ein vollkommen fertiger hyaliner Cylinder in einem Kanälchen gelegen ist, dessen Epithel entweder gar keine oder nur geringe Veränderungen aufweist. Das Studium derartiger Präparate hat nicht nur die Unhaltbarkeit der Buhmeisterschen Lehre von der Entstehung der hyalinen Zellen aus dem Zusammenschmelzen der Zellgranula dargetan, sondern noch mehr die Überzeugung bekräftigt, dafs bei dem Bildungsprozefs der Cylinder die Hauptrolle dem Epithel der Harnkanälchen zufällt. — Durch die künstlich erzeugte Koprostate und Gallenstauung bei den Versuchstieren gelang es, eine reine Cylindrurie ohne die geringste Eiweifsbeimengung hervorzurufen. Damit ist experimentell die von vielen Autoren beschriebene reine Cylindrurie bei Darmstörungen und beim Ikterus des Menschen bestätigt. Aufserdem ist aus den Versuchen zu schliefsen, dafs in Fällen von experimentell hervorgerufener reiner Cylindrurie die Hauptrolle bei der Entstehung der hyalinen Cylinder wiederum das Epithel der Harnkanälchen spielt. Da an dem Ursprung der epithelialen und granulierten Cylinder aus dem Nierenepithel kein Zweifel bestehen kann, so ist zu folgern, dafs der Pathogenese aller drei Arten von Cylindern ein und derselbe Vorgang zugrunde liegt — die Entstehung aus dem Epithel. Der Unterschied besteht nur in dem Grad der Degeneration und Metamorphose. Das Endstadium der Metamorphose ist sozusagen der Typus der hyalinen Cylinder, während die epithelialen und granulierten Cylinder Vorläuferstadien dieses Endtypus darstellen. — Dafs die hyalinen Cylinder bei der Harnanalyse häufiger getroffen werden als die epithelialen und granulierten, ist daraus zu erklären, dafs erstere zweifellos resistentere, elastischere Gebilde darstellen als die letzteren und diese deshalb leichter auf ihrem Wege dem Verfall unterliegen können. *Schourp-Danzig.*

Ein auf intravesicalem Wege durch das Operationscystoskop geheilter Fall einer Harnleitercyste, von B. Klose-Berlin. (*Arch f klin. Chir.* Bd. 80, Heft 1.) Harnleitercysten, d. h. blasenförmige Erweiterungen des vesikalen Ureterenendes entstehen nach Grosglik dadurch, dafs am unteren Ende des Harnleiters ein Hindernis vorhanden ist, sei es, dafs dieses einen Verschlufs, sei es in einer Verengerung seiner Mündung besteht, wodurch der hinter dem Hindernis liegende Teil des Harnleiters ausgebuchtet und bei längerem Bestehen zur Cyste umgewandelt wird. Der Fall des Verfassers betrifft eine 31jährige Frau, bei welcher die verschiedenen Stadien der Gestaltveränderungen der Harnleitercyste photographisch fixiert werden konnten. Die Cyste wurde mit dem Operationscystoskop entfernt, indem mit einem mittelgrofsen gefensterten Brenner die Cystenwand kauterisiert wurde. Das cystoskopische Bild ergab vier Wochen nach der Kauterisation eine Schrumpfung der Cyste, und am unteren Rande der Cyste war nunmehr die vor der Operation nicht sichtbare Harnleitermündung als kleiner schlitzförmiger Spalt sichtbar. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Kenntnis der Ureterenverletzungen im Verlauf chirurgischer Eingriffe am Uterus und an den Adnexen, und über ihre Behandlung, von L. Ch. M. Humbert. (*Thèse de Nancy.* 1904. Nr. 5.) *Fritz Loeb-München.*

Ein seltener Fall von akuter parenchymatöser Degeneration der Nieren mit Ausgang in Nekrose der Rinde, von Rudolf Diehl. (Inaug.-Dissert. München, 1905.) Die grofse Seltenheit der Nephritis postscarlatinosa mit Ausgang in Nekrose macht den Fall an dieser Stelle erwähnenswert. Wie Verfasser einleitend mitteilt, ist bisher nur ein Fall von Friedländer näher beschrieben und ein Fall von Rosenstein kurz erwähnt. Im Falle des Verfassers ist übrigens die Diagnose keine durchaus feststehende, sondern nur mit allerdings grofser Wahrscheinlichkeit auf Scharlach zu stellen und Scharlachtoxin als Ursache der Nephritis anzunehmen. *Fritz Loeb-München.*

Über die genaue Lokalisierung tuberkulöser Herde in den Anfangsstadien der Nierenerkrankung bei Frauen vor der Ausführung der Operation, von Hurry Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1906.) Aus einer vieljährigen Beobachtung hat F. die Beweise gesammelt, dafs man aus dem cystoskopischen Bilde und der Beschaffenheit des Urins bestimmte Schlüsse auf die Ausdehnung tuberkulöser Prozesse in der Niere ziehen kann. Unter Umständen kann man sogar sicher sein, dafs Nierentuberkulose vorliegt, selbst wenn im Urin bei wiederholter Untersuchung keine Bazillen gefunden werden. Es wird hier ausführlich über einen Fall bei einer 44jährigen Frau berichtet, welche seit etwa einem Jahre häufigen Urindrang, Schmerz beim Urinieren und unbestimmte Schmerzen im Perineum zu klagen hatte. Im Urin fand sich eine Spur von Albumen, Kristalle von oxalsaurem Kalk, einige rote Blutkörperchen und eine ganz geringe Anzahl von Zellen aus dem Nierenbecken bei saurer Reaktion; kein Eiter, keine Tuberkelbazillen. Die cystoskopische Untersuchung ergab einige noch unbedeutende Erosionen der Blasenschleimhaut und ein verlagertes, retrahiertes Orificium des (verdickten, linken) Ureters. Diese Erscheinungen bezeichnet F. als die Anfangssymptome der Nierentuberkulose. In diesem Stadium aber findet man ganz regelmäfsig die Affektion herdweise an den beiden Polen lokalisiert mit geringer Dilatation des Nierenbeckens, Erosion der Kelche und derben Adhäsionen zwischen dem Cortex und der Umgebung. Einzelne miliare Herde wurden auch im mittleren Drittel des Nierenparenchyms angenommen als weitere Folge der relativ nicht mehr frischen Erkrankung. Nach der Exstirpation wurde diese anatomische Diagnose vollauf bestätigt gefunden. Es soll aber mit diesem Bericht nicht etwa ein Paradestück vorgeführt sein, sondern F. gibt die semiotischen Momente als wirkliche Anhaltspunkte für eine genaue Diagnose der obwaltenden anatomischen Zustände.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Hydronephrose bei Wanderniere; Hämaturie durch Torsion des Stieles; Nephrectomie; Genesung, von J. W. Shiels und C. C. Levison-San Francisco. (*Calif. State Journ. med.* Novbr. 1905.) Ein 37jähriger Bäcker, der wiederholt Verletzungen des Rückens erlitten hatte, erkrankte mit heftigen Schmerzen nach nochmaligem Trauma. Es fand sich ein äufserst empfindlicher Tumor von Kokosnufsgröfse im Abdomen, bei dem die obige Diagnose gestellt wurde, wenn auch differentialdiagnostisch vielerlei sonst in Betracht kam. Die fast total zerstörte Niere wurde durch Bauchschnitt entfernt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Röntgenbilder von Cystin und Xanthinoxyd-Steinen, von H. Morris-London. (*Lancet.* 21. Juli 1906.) Verfasser publiziert hier einige Röntgenbilder, um zu zeigen, dafs die vielfach verbreitete Ansicht von der Durchlässigkeit der Strahlen bei Xanthin und Cystin völlig falsch ist. Diese Steine geben im Gegenteil einen recht scharfen Schatten, der viel prononzierter ist als z. B. der von Harnsäure. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Nierensteinen, von C. F. Holland-Liverpool. (*Lancet.* 2. Juni 1906.) Verfasser schildert eine Reihe von interessanten Fällen, bei denen die Röntgenstrahlen in bezug auf Nierenkonkrementen wertvollen, teils positiven, teils negativen Aufschlufs gaben. Er hat einen Apparat verwendet, der in ähnlicher Weise wie der Kompressionsrohrapparat von Albers-Schönberg konstruiert ist und sehr gut funktioniert. Aus seinen Beobachtungen zieht er trotz einzelner Mifserfolge den Schlufs, dafs man fast immer alle diejenigen Steine radioskopisch erkennen kann, die grofs genug sind, um eine Operation zu rechtfertigen. Jedenfalls sollte keine Operation vorgenommen werden an der Niere ohne vorherige Röntgenuntersuchung, und wenn die verwendeten Platten so beschaffen sind, dafs sie deutlich den Unterschied zwischen Nierengewebe und Konkrementen jeder Art erkennen lassen, so kann ein negativer Befund als entscheidend gelten. Verschiedentlich hat Verfasser es erlebt, dafs andererseits Patienten mit den Erscheinungen von Nierensteinen vollständig wieder gesund wurden, nachdem durch die Röntgenaufnahme bewiesen wurde, dafs kein Stein vorlag. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Nierensteinen bei einem Kinde, von Damodar Babaji Mandhle-Liverpool. (*Lancet.* 16. Juni 1906.) Der 3½jährige Knabe kam mit Bronchopneumonie nach Masern delirierend zur Aufnahme. Die Autopsie ergab eine grofse Ansammlung von Konkrementen namentlich aus oxalsaurem Kalk bestehend im rechten Nierenbecken und den Nierenkelchen. Intra vitam waren keine Symptome von Steinbildung beobachtet worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

e. *Labien, Vagina usw.*

Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Coitusverletzungen, von K. Zikmund-Oderberg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 4.) Die ersten Beobachter (Hofmann, Kasper-Liman, Maschka) hielten es für unmöglich, dafs der Penis beim Coitus für eine Scheidenverletzung verantwortlich gemacht werden könnte, und sie glaubten mehr an künstliche Beihilfe seitens des bohrenden Fingers. Aber diese Annahmen wurden durch Fälle aus der Praxis widerlegt; auch Z. beobachtete einen Fall, wo zwei junge Leute beim aufserehelichen Coitus so stürmisch zu Werke gingen, dafs hier die gesteigerte Libido beiderseits allein schon als ausreichender Grund zu einer Scheidenverletzung gegeben war, denn die Struktur der Gewebe bot keine Besonderheiten, und hervorzuheben ist noch, dafs das in Frage kommende Mädchen zwei Jahre vorher sogar eine normale Entbindung durchgemacht hatte.

Im Anschlufs an diese Schilderung des selbst erlebten Falles bespricht Z. die ausführliche Kasuistik Neugebauers, welche 158 Fälle von Coitusverletzungen be-

richtet. Aus derselben ist über die Entstehungsweise der Scheidenverletzungen und über deren Deutung folgendes hervorzuheben: Aufser brutaler Gewalt, mit der der Beischlaf vollzogen wird und aufser abnormer Gröfse des Phallus, resp. Disproportion zwischen dem weiblichen und männlichen Genitalien, kann in höchst seltenen Fällen Coitusverletzung, eventuell auch abnorme Härte des Penis in Erwägung gezogen werden (Knochenpenis). Weitere Ursachen der Coitusverletzungen sind lediglich in den weiblichen Geschlechtsteilen selbst zu suchen. So kann es sich handeln um angeborene oder erworbene Mifsbildungen oder Anomalien, wie z. B. um Vagina duplex cum hymene bifenestrato (Frank, Cercha, Kohn), blind endende Vagina mit Defekt der Gebärmutter (Hofmokl), rudimentäre Vagina überhaupt (Neugebauer) Septa vaginae, Atresia vaginae, Hymen crassus et Hymen carnosus, eventuell auch Hymen imperforatus (Jessipow), oder Hymen mit zu kleiner oder exzentrisch sehr hoch oben belegener Öffnung, erworbene Verengerungen des Scheideneinganges oder der ganzen Scheide nach Verbrennungen, Ätzungen usw., verschiedene Verbildungen der Vulva, angeborene Kürze der Vagina (Hofmann), feste Fixation der Portio vaginalis an der vorderen Beckenwand (Zeiss). Als weitere Dispositionsmomente können ferner noch in Anbetracht kommen geringe Beckenneigung, Hochstand und Kürze der Schamspalte und eine sackartige Vertiefung am hinteren Ende derselben (Borjakowskij), angeborene Fistula vestibulo-rectalis (Springsfeld, Reichel) und schliefslich eventuell auch angeborene Dünnheit der Scheidenwände. *Arthur Rahn-Berlin.*

Die Glandula vestibularis maior (Bartholini) beim Menschen, von Joseph Thomas. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1905.) In seiner bemerkenswerten Doktorarbeit, die sich zu einem kurzen Bericht nicht eignet, bespricht Verfasser in den einzelnen Kapiteln nach einer geschichtlichen Einleitung die Entwicklung und das Wachstum der Drüse nach der Geburt, die Topographie, die Gestalt und Gröfse der Drüsen einer Hingerichteten, Drüsengänge und Ausführungsgang, Parenchym und interstitielles Gewebe, Produkt der Drüse, die Gland. vest. maj., eine Drüse des Geschlechtsapparates, Gefäfse, Lymphgefäfse und Nerven und gibt zum Schlufs ein gutes Literaturverzeichnis.
Fritz Loeb-München.

Histologische Studie über die Bartholinschen Drüsen, von A. Jambon und G. Chaboux. (*Lyon méd.* 1906. Nr. 26.) Linéty behauptet in seiner ausführlichen Darstellung der Histologie der Bartholinschen Drüsen, dafs diese kein scharf umgrenztes Organ bilden, sondern aus zahlreichen, kleinen, im umgebenden Bindegewebe regellos zerstreuten Drüsen zusammengesetzt sind, und dafs sich aufserhalb und im Innern dieser Drüsen quergestreifte, in Bündeln angeordnete Muskelfasern finden. Dagegen konstatierten die Verfasser bei ihren histologischen Untersuchungen, dafs die Bartholinschen Drüsen ein homogenes und vollständig abgeschlossenes Ganzes darstellen, und dafs in der Drüse quergestreifte Muskelfasern nicht vorhanden sind; man findet nur wenige glatte Muskelfasern ringsum die grofsen Ausführungsgänge. Die intermittierende Ausscheidung des Sekretes, die nach Linéty unter dem Einflusse der Drüsenmuskulatur stehen soll, kommt lediglich infolge der Anordnung des Gefäfssystems, dessen starke Entwicklung das Auftreten vorübergehender Kongestionen begünstigt, und infolge der reichen Innervation zustande. *Götz-München.*

Ein Fall von Clitoriskrebs, von D. Róna-Baja. (*Budapesti orv. ujs.* 1906. *Gynäkolog. Beilage.* Nr. 1) Bei einer 74jährigen Frau entstand an der Stelle der Clitoris ein nufsgrofser, in der Mitte exulcerierter, harter Tumor. Die histologische Untersuchung zeigte das typische Bild eines Plattenepithelkrebses. Es bestand unausstehliches, in die Gegend der Clitoris lokalisiertes Jucken, und R. hält es für möglich, dafs das mechanische Insult des Kratzens den Boden zur Bildung des Krebses vor-

bereitet hatte. Bei Pruritus vulvae ist eine genaue, event. histologische Untersuchung der Genitalien nicht zu versäumen. *B. Kollarits-Budapest.*

Ein Fall von Melanosarkom der Vulva. Ein Beitrag zur Histologie der Melanosarkome, von Georg Jahn. (Inaug.-Dissert. München 1904.)

Ein Fall von Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren, von Lajos Góth Kolozsvár. (*Zentralbl. f. d ges. Med.* 1906. Nr. 18.) Der Fall betraf eine 18jährige multipare Frau, welche beim Aufheben eines schweren Korbes fiel und sich dabei mit der entblößten, stark verhornten Ferse gegen die äußeren Geschlechtsteile schlug. Drei Tage nach dem Schlage begann eine Anschwellung, welche unter Rötung und Infiltration zunahm. Der histologisch-bakteriologische Befund erinnerte an das Bild des Erysipels, dagegen sprach der Umstand, daß die Erkrankung nicht scharf begrenzt war, und daß der Prozeß in der Tiefe in einer Richtung weitergriff, in welcher die Haut noch verschont war. Gegen eine einfache Phlegmone sprach die Tatsache, daß keine Spur von Eiter bemerkt wurde, und daß die Erkrankung nicht in Form einer später gangränezierenden Entzündung, sondern die Gangrän selbst auf eine der Phlegmone eigentümlichen Weise weiterschritt. — Klinisch ist der Fall bei der Seltenheit gangränöser Prozesse an den äußeren Geschlechtsteilen Schwangerer besonders interessant, zumal Temperatur und Pulsfrequenz trotz der ausgebreiteten und ziemlich virulenten Infektion normal blieben und Fiebererscheinungen fehlten. Weder infolge der Erkrankung, noch im Anschluß an die Operation mittels Electrokauter stellte sich eine Unterbrechung der Schwangerschaft ein.

Schourp-Danzig.

Die Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates beim Weibe, von Wilhelm Loerch. (Inaug.-Dissert. München 1904. 87 S.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Tuberkulose der Vulva, von Logothetopulos-München. (*Arch. f. Gynäk.* 79. Bd. 2. Heft.) Als Formen der tuberkulösen Erkrankungen der Vulva werden der Lupus und die Tuberculosis cutis et mucosae miliaris ulcerosa s. propria bezeichnet. Das Charakteristische der letzteren ist nach Kaposi das Vorhandensein von miliaren Tuberkelknötchen, aus welchen in kurzer Zeit sich Geschwüre bilden. Man betrachtet die tuberkulösen Erkrankungen der weiblichen Genitalien als Teilerscheinungen allgemeiner Miliartuberkulose oder als lokale Veränderungen. Die letzteren teilt man in primäre und sekundäre. Zu den sekundären, unter welche gewöhnlich auch die metastatischen Formen gerechnet werden, zählt man auch diejenigen, welche auf eine Autoinfektion zurückzuführen sind, d. h. Übertragung tuberkulöser Keime von außen her durch das Individuum selbst, welches schon in anderen Organen infiziert ist.

Eine primäre Tuberkulose der Genitalorgane ist nur dann anzunehmen, wenn nirgendwo im Körper ein tuberkulöser Herd nachzuweisen ist. Dies kann nie durch klinische Untersuchung, sondern nur durch sorgfältigst ausgeführte Obduktion festgestellt werden. Als Entstehung der primären Form wird eine direkte Infektion von außen her angenommen: durch Kohabitation, Untersuchungen von Hebammen und Ärzten (Finger, Instrumente, Katheter). Ferner durch Masturbation oder durch Reinigung der Genitalien (Schwämme, Badewasser, Irrigator usw.).

Der Verfasser beschreibt dann einen Krankheitsfall, der eine 75jährige Frau betrifft, welche an der Urethralmündung einen mandelgroßen, dunkelroten, prominenten Tumor mit höckriger Oberfläche aufwies. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um miliare ulceröse Tuberkulose der Haut bezw. Schleimhaut handelte; die Untersuchung der Präparate auf Tuberkelbazillen fiel negativ aus, ebenso die Untersuchung des Urins und Sputums. Bei der bald darauf verstorbenen Patientin ergab die Autopsie einen tuberkulösen Herd in der rechten Lungenspitze. Es handelte sich

demnach wahrscheinlich um eine sekundäre hämatogene Infektion, als deren primäre Herde die in der Lunge aufzufassen sind. Durch die Tatsache, daſs trotz des jedenfalls an der Vulva vorhandenen tuberkulösen Prozesses keinerlei Ascension des tuberkulösen Virus aufgetreten ist, dürfte dieser Fall auch in dieser Hinsicht für die Annahme von Amann, Baumgarten usw. zu verwerten sein, daſs eine ascendierende Tuberkulose des Genitaltraktus so gut wie nicht vorkommt. *Schourp-Danzig.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen die Blennorrhoe, von Carl Cronquist-Norrköping. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 10.) Verfasser empfiehlt ein neues Mittel für persönliche Prophylaxe gegen die Blennorrhoe. Es besteht in der Einführung in die Harnröhre aus festem, bei Körperwärme schmelzendem Albargin, bis zu 2% enthaltend, Stäbchen, die 3—4 mm dick und 5 cm lang sind. Die Stäbchen kommen zu je zehn Stück, in bequem tragbaren Schachteln verpackt, unter dem Namen „Antigon" in den Handel. Der Hauptvorteil gegenüber den bisher bekannten Präparaten und Apparaten soll nach Verfasser in der groſsen Haltbarkeit der Antigonstäbchen liegen, und zwar dank dem Konstituens, welches das Albargin wenigstens nicht binnen einem Jahre reduziert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Blennorrhoische Infektionen und des Arztes Verantwortlichkeit, von J. Bayard Clark-New York. (*New York Med. Journ.* 3. März 1906.) Allgemeine Betrachtungen und statistische Zusammenstellungen über die Blennorrhoe und deren Komplikationen sowohl bei Männern wie bei Frauen. Nach der Ansicht der bedeutendsten Autoren kommt Urethritis posterior in 90% aller Fälle von Harnröhrenblennorrhoe, Prostatitis in 40—80% (je nach verschiedenen Autoren) aller Fälle von Urethritis posterior, Epidydimitis in 7—29% vor. Sterilität ist oft eine Folge auch unkomplizierter Blennorrhoe, nimmt aber nach Epidydimitis einen viel höheren Prozentsatz ein (bis zu 42,7% bei doppelseitiger, 23,4 bei einseitiger Epidydimitis). Blennorrhoische Infektion der Harnleiter, Nieren und des Nierenbeckens ist eine relativ seltene Komplikation. Arthritis kommt in etwa 2% aller Fälle vor; 20—30% der Fälle von Blindheit in Amerika sind auf bei der Geburt erworbene Blennorrhoe zurückzuführen. Was die Frauenkrankheiten betrifft, so sind etwa 80% aller Todesfälle an Beckenerkrankungen auf Blennorrhoe zurückzuführen, 50% der unfreiwilligen Sterilität durch letztere verursacht und davon kommen 45% auf Infektion während der Ehe (durch Übertragung von den Männern auf ihre jungen Frauen). Im Vergleiche zu Syphilis, sowohl was die Anzahl der ergriffenen Personen als die Schwere des Leidens und dessen Dauer betrifft, steht für Clark die Blennorrhoe wie 1:100. Er erklärt es daher für die Pflicht des Arztes, das Publikum auf diese groſsen Gefahren aufmerksam zu machen und sorgsamst jeden, scheinbar noch so leichten Fall von Blennorrhoe zu behandeln. *Stern-München.*

Einige Bemerkungen über Blennorrhoe beim Weibe, von B. Mac Monagle-San Francisco. (*Calif. State Journ.* März 1905.) Enthält nichts Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Ursachen der Hartnäckigkeit der Blennorrhoe beim Manne, von Karl Ullmann-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 17, 18, 20, 21.) U. schildert in diesem, vor dem Doktorenkollegium zu Wien und im Ferialkurs für praktische Ärzte gehaltenen Vortrage ausführlich die Ursachen der Hartnäckigkeit der Blennorrhoe beim Manne und gibt weiterhin einen Überblick über die moderne Blennorrhoe-Therapie, ohne für den Spezialisten erheblich neue Gesichtspunkte zu erbringen.

Putzler-Danzig.

Verhaltungsmafsregeln bei akuter Blennorrhoe, von Hans Schädel-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 10.) Seit der Einführung der Balsamica, vor allem des Gonosans, ist die Forderung, selbst in der Ambulanz möglichst strenge Diätetik und genaue Diät vorzuschreiben, mehr und mehr Gemeingut der Praxis geworden. Es entstanden gerade in Anlehnung an das Gonosan die Trippervorschriften, die in möglichster Einfachheit alle erfüllbaren Forderungen der Sprechstundenpraxis vorhalten wollten. Eine genau detaillierende und doch nur die Hauptsachen streifende und leicht verständliche Vorschrift für Diät und Diätetik bei akuter Blennorrhoe geben die für Diätblocks vorgesehenen „Verhaltungsmafsregeln" Sch.s, die wir ihrer Prägnanz wegen hier wörtlich wiederholen wollen: Der Tripper ist eine ernste Erkrankung und wegen seiner verschiedenen Folgeerkrankungen nicht leicht zu nehmen. Diese lassen sich vermeiden, wenn der Tripper sachgemäfs und dem Zustand eines jeden angepafst, behandelt wird; geschieht dies, dann ist der Tripper heilbar.

Allgemeine Vorsichtsmafsregeln: Peinliche Sauberkeit und Vermeidung jeder Berührung mit dem Eiter, denn ins Auge gebracht, ruft der Trippereiter schwere Entzündung hervor. Verboten sind: a) sämtliche alkoholischen Getränke, also Bier, Wein, Schnaps, Liqueure, brausende, kohlensäurehaltige Getränke, wie Soda- und Selterswasser. Das viele Trinken von Flüssigkeiten hat, wenn nicht anders verordnet, zu unterbleiben; b) scharfe Gewürze und scharf gewürzte Speisen (Gulasch, Paprikaschnitzel, Senf- und Pfeffergurken, Senf, Rettig, Meerrettig, Spargel, Sellerie, Zwiebel, Schnittlauch usw.). Nicht spät essen! Verboten sind ferner: c) alle körperlichen Anstrengungen, besonders solche erschütternder Art, wie Reiten, Springen, Tanzen, Turnen, Rudern, Velocipedfahren und vieles Wagenfahren; auch Treppen- und Bergsteigen, Heben schwerer Lasten. Als Getränke sind empfohlen: Milch, wenig Rotwein, mit Wasser, nicht Selter gemischt, Brunnenwasser, Fruchtsaftlimonaden (aufser Zitronen), Tee und Kaffee nur reichlich mit Milch verdünnt, Lindenblütentee.

Besondere Verhaltungsmafsregeln: Täglich ein straff und gutsitzendes Suspensorium tragen. Öfters, wenn möglich, einen Abend um den anderen, ein Sitzbad von 32—36° C 15 Minuten lang! Ist ein öfteres Sitzbad nicht möglich, so ist das Glied täglich früh morgens mit warmem Wasser zu reinigen. Drei- bis viermal täglich zwei Kapseln Gonosan während, d. i. zwischen dem Essen nehmen, und zwar morgens zum Kaffee, zum Frühstück, zu Mittag und Abend je zwei Kapseln, falls dreimal verordnet nur zum Frühstück, Mittag- und Abendbrot zwei Kapseln. Von der verordneten Flüssigkeit wird eine $^3/_4$ Spritze voll langsam und vorsichtig in die Harnröhre eingespritzt. Vor der Einspritzung mufs uriniert werden, damit der kokkenhaltige Eiter nicht in den gesunden Teil der Harnröhre getrieben wird; die Flüssigkeit wird je nach Verordnung vier bis zehn Minuten in der Harnröhre durch Zudrücken der Eichel darin gelassen und, wenn möglich, in der nächsten Stunde nicht uriniert. Jede auffallende Veränderung, jeder an irgendwelcher Stelle auftretende Schmerz ist dem Arzt zu melden. Bevor man zur Sprechstunde geht, suche man den Urin etwa fünf Stunden zu halten. Geschlechtliche Aufregungen sind verboten. Wer wissentlich oder fahrlässig einen Menschen in seiner Gesundheit schädigt (hier durch Ansteckung im geschlechtlichen Verkehr), macht sich im Sinne des Gesetzes strafbar und handelt unmoralisch. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über blennorrhoische metastatische Iritis, von Johannes Lehmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Der Arbeit liegt eine Zusammenstellung und eingehende Besprechung von zehn Fällen zu Grunde. Die Beschwerden, die den Patienten zum Arzt führen, bestehen gewöhnlich in Lichtscheu, Tränenfluſs, Schmerzen im Auge und Herabsetzung der Sehschärfe. Dem Grade nach können sie aufserordentlich verschieden sein. Der Tränenfluſs ist sehr wechselnd. Häufig ist das Sekret nicht ein-

fach wässerig, sondern schleimig, ja in einzelnen Fällen eitrig, doch lassen sich auch in dem eitrigen Sekret niemals Gonokokken nachweisen. Stets ist auch, wenngleich meist in geringem Grade, das äufsere Auge beteiligt. Veränderungen der Cornea fanden sich in sechs von den zehn Fällen des Verfassers. An der Iris selbst fanden sich alle die Veränderungen, die auch bei der sog. rheumatischen Iritis aufzutreten pflegen, mit der die blennorrhoische überhaupt eine grofse Ähnlichkeit hat. Siebenmal fand sich eine Veränderung des Kammerinhaltes.

Die Neigung zu Rezidiven hat die blennorrhoische Iritis mit der rheumatischen gemein. Was das Alter der zehn Patienten betrifft, so ergab sich als mittlere Jahreszahl 28; alle Patienten gehörten dem männlichen Geschlecht im kräftigsten Mannesalter an. Die Therapie erfolgte genau wie bei einer rheumatischen Iritis, daneben natürlich Behandlung der Blennorrhoe. *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung der Augenblennorrhoe, von St. Bernheimer-Innsbruck. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1906. Febr.-März.) Das idealste und verläfslichste Mittel der Behandlung der Augenblennorrhoe ist jenes wirksame Desinfizieren, welches, ohne dem Auge zu schaden, in innige und lange Berührung mit der Bindehaut gebracht werden kann. Diese Bedingungen erfüllt nur ein Mittel, welches in trockenem Zustande angewendet werden kann. Der Verfasser läfst das erkrankte Auge vorsichtig reinigen und auf die von Sekret befreite Schleimhaut einen voll mit Airolpulver gehäuften Daviel'schen Löffel ausleeren. Das vorher ektropionierte Lid ist dann dicht mit Airolbrei bedeckt und nach allmählichem Zurückschnellen dringt die ganze Airolmasse in den Bindehautsack ein. Dieses Verfahren wird je nach dem Grade der Erkrankung zwei- bis viermal täglich wiederholt. Nach Aufhören der Sekretion kann man noch einige Tage hindurch zur Verhütung von Rückfällen ein- bis zweimal täglich 1%ige Höllensteinlösung einträufeln. Die Dauer der Behandlung währte auch bei den schwersten Fällen des Verfassers durchschnittlich nur 8—14 Tage sowohl bei Neugeborenen als wie bei Erwachsenen. *Schourp-Danzig.*

Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Credé'schen Tropfens, von Tada Urata. (Inaug.-Dissert Marburg 1905.) Die japanische Kollegin berichtet in ihrer interessanten Arbeit u. a. über Versuche mit Gonokokken. Die Augen der Versuchskaninchen wurden durch die Gonokokkenimpfung nicht geschädigt. Im normalen Auge (Kaninchen) scheint der Gonococcus nach der Ansicht der Verfasserin rasch abzusterben.

Es zeigte sich, dafs 2% Argentum nitricum-Lösung am stärksten auf die Bakterien des Bindehautsackes einwirkt. Die stärkere Wirkung dieser Lösung zeigte sich besonders den Staphylokokken gegenüber, sie trat weniger stark hervor gegenüber Strepto-, Pneumo- und Gonokokken Wesentlich schwächer als 2% und 1% Argentum nitricum-Lösung und 1% Argentum aceticum-Lösung wirkte ¼% Zincum sulfuricum-Lösung auf die Bakterien ein. Gonokokken (und Pneumokokken) wurden ziemlich rasch auch durch ½% Lösung von Argentum nitricum abgetötet. Da aber die Gonokokken bei der Blennorrhoea neonatorum häufig zusammen mit Staphylokokken vorkommen, empfiehlt es sich, die 1% Lösung von Argentum nitricum anzuwenden. Sie wirkt auf alle Bakterienarten ziemlich stark und rasch ein und reizt dabei das Auge nur wenig. *Fritz Loeb-München.*

Blennorrhoische Metastasen im Auge, von Greef-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) In der Gesellschaft der Charitéärzte vom 10. Mai 1906 führt Greef einen Patienten vor, bei dem sich im Anschlufs an eine Blennorrhoe Metastasen im Auge eingestellt haben und spricht dabei über ähnliche Fälle, welche in allen Stadien der Blennorrhoe beobachtet werden. Roscher entgegnet in der Diskussion, dafs diese Metastasen im allgemeinen erst eintreten, wenn sich eine

Urethritis posterior einstellt. Greef gibt zu, daſs Metastasen meist erst spät auftreten, doch habe er auch schon solche früh beobachtet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein neuer Fall von metastatischer blennorrhoischer Phlegmone, von Schwarz. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1906. Nr. 1.) Die Trippermetastasen zerfallen in zwei Kategorien; die erste umfaſst die Komplikationen, deren Natur durch die Feststellung des Gonococcus mittels bakteriologischer Untersuchungen konstatiert worden ist. Die zweite umfaſst alle die, die im Nerven- und Hautsystem beobachtet wurden und bei denen die Gegenwart des Gonococcus nicht festgestellt werden konnte; nur durch die klinische Beobachtung wurden sie der Blennorrhoe zugewiesen. Verfasser beschäftigt sich hier nur mit der ersten Kategorie. Die entfernteren Komplikationen der Blennorrhoe sitzen sehr häufig, wie alle infektiösen Metastasen, in den serösen Häuten. Von diesen sind am besten die blennorrhoischen Arthropathien bekannt; die Entzündungen der anderen kleinen Serosa — Sehnenscheiden — und Schleimbeutelentzündungen sind ebenfalls häufig beobachtet worden. Abgesehen von den serösen Häuten kann das Unterhaut- oder das intramuskuläre Zellgewebe ohne äuſsere Verletzung entzündlich erkranken; man hat in diesen Fällen die ausschlieſsliche Gegenwart des Gonococcus konstatiert, was dafür spricht, daſs derselbe, ebenso wie andere pathogene Mikroorganismen, Eiterungen, Phlegmone und Abcesse erzeugen kann.

Sch. teilt den interessanten Fall einer 18jährigen Patientin mit; in der Poliklinik konstatierte man Phlegmone am rechten Fuſsrücken und schickte die Patientin sofort in das Hospital. Man bemerkte auf der äuſseren Seite des rechten Fuſsrückens unmittelbar unterhalb dem Tibiotarsalgelenk, eine diffuse Röte. Der ganze Fuſsrücken war angeschwollen, die Haut des Fuſsrückens ödematös, die Palpation schmerzhaft. Deutliche Fluktuation ober- und unterhalb des Fuſsgelenks, Flexions- und Extensionsbewegungen des Fuſses sind schmerzlos. Am zweiten Tage Inzision in der Narkose und Drainage; es entleerte sich eine kleine Menge gelblichen, ziemlich dicken Eiters.

Die Patientin, die eine dicke Leukorrhoe, linksseitige Salpingitis und rechtsseitige Annexitis zeigte, hatte eines Tages nach einem anstrengenden Spaziergange plötzlich Schmerzen im rechten Fuſse bekommen.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab das ausschlieſsliche Vorhandensein von Gonokokken.

Arthur Rahn-Berlin.

Blennorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne Schleimhautblennorrhoe, von Frank Schultz-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 1.) Bei einem jungen Manne stellte sich vier Tage nach der Infektion eine primäre blennorrhoische Infektion der Lymphgefäſse des Penis ein, und von da aus kam es nach 14 Tagen zu einem subcutanen Abscefs an der Hand. Man muſste in diesem Falle an eine Infektion von der Haut aus denken, da alle für die Gonokokken sonst zugängigen Stellen frei waren. Für diese „metastatische Blennorrhoe d'emblée", d. h. Metastase ohne nachweisbare Invasionspforte der Gonokokken, muſste als Ausgangsort die blennorrhoische Lymphangitis verantwortlich gemacht werden.

Auch eine solche darf bei einer sogenannten kryptogentischen Blennorrhoe niemals unbeachtet bleiben.

Arthur Rahn-Berlin.

Die blennorrhoische Septikämie und Pyämie, von Lemierre und Fauré-Beaulieu. (*Rif. med.* 1906. Nr. 12.) Die blennorrhoische Septikämie, d. h. das Auftreten von allgemeinen Symptomen ohne Metastasen in den verschiedenen Körperregionen, ist noch sehr wenig bekannt, da bis jetzt ein einziger sicherer Fall in der Literatur verzeichnet ist. Dringt aber der Gonococcus in die Blutbahn, so kommt es stets zu Metastasen in mehr oder weniger zahlreichen Organen. Diese Symptomatologie

wird von den Verfassern hier beschrieben. Die gefährlichste Lokalisation bleibt das Endokard. Die Behandlung ist hauptsächlich eine prophylaktische. Ist es bereits zur Diffusion des Gonococcus in das Blut gekommen, so besitzen wir kein spezifisches Mittel zur Bekämpfung der Infektion; doch sollen sich endovenöse Kollargolinjektionen in manchen Fällen bei blennorrhoischer Septikämie bewährt haben.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Gonokokkämie bei einem Säugling mit Blennorrhoe, von Hocheisen-Berlin. (*Arch. f. Gynäk.* 79. Bd. 2. Heft.) Bei einem zehntägigen Neugeborenen traten mit einer blennorrhoischen Conjunctivitis Schwellungen über den Handgelenken, präaurikularer Bubo, eine taubeneigrofse derbe Infiltration auf dem linken Glutaeus und Schwellungen am Trochanter major s. auf. Der Gonokokkennachweis in Eiter und Kultur ermöglichte die richtige Diagnose: reine Gonokokkeninfektion im Anschlufs an Augenblennorrhoe.

Da es sich um ein Eindringen der Gonokokken in das Blut von einem primär befallenen Krankheitsherd aus handelt, das Eindringen in Schüben erfolgt wie bei der typischen Pyämie mit Metastasenbildung in Gelenken, Sehnenscheiden und Haut, und da auch die Atrophie der erkrankten Kinder der Schädigung des Allgemeinbefindens bei chronisch verlaufender Pyämie entspricht, regte Burnin an, als passende Bezeichnung für das Krankheitsbild den Namen Gonokokkämie zu wählen.

Schourp-Dansig.

Über abscedierende blennorrhoische Epididymitis und deren Pathogenese und Ätiologie, von Kurt von Stabel. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Die typische akute Nebenhodenentzündung bei Blennorrhoe ist einzig und allein durch ein Einwandern von Gonokokken in den Nebenhoden bedingt. Die Gonokokken gelangen wahrscheinlich in der grofsen Mehrzahl der Fälle durch Fortschreiten auf die Schleimhaut in den Nebenhoden. Die Möglichkeit der metastatischen Verschleppung der Gonokokken auf dem Blutwege ist, zumal in Fällen blennorrhoischer Allgemeininfektion, zuzugeben, ob auch auf dem Lymphwege die Erkrankung von der Urethra und Prostata zur Epididymis fortschreiten kann, ist noch nicht sicher erwiesen. Der Übergang der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung in Vereiterung ist häufiger, als auf Grund fühlbarer Fluktuation diagnostiziert werden kann, und ist wohl als die Folge einer stärkeren Virulenz der Gonokokken oder einer gröfseren Prädisposition im Verein mit der Einwirkung äufserer Schädigungen anzusehen. Die Erfahrungen, die man auf der Berliner Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten gemacht hat, sprechen dafür, dafs die zu grofsen, fluktuierenden Abscessen führende Vereiterung bei der blennorrhoischen Epididymitis sehr selten ist. Bei Durchsicht der Krankengeschichten der letzten acht Jahre, in welchen dort über 900 Nebenhodenentzündungen infolge von Urethralblennorrhoe behandelt wurden, konnte Verfasser nur zwei solche Fälle finden. Diese werden vom Verfasser beschrieben und aufserdem ein Überblick über die bis jetzt veröffentlichten Forschungen bei blennorrhoischer Epididymitis in chronologischer Reihenfolge gegeben. *Fritz Loeb-München.*

Klinische Beobachtungen über die Arthritis blennorrhoica und ihre Behandlung nach der Methode von Bier, von T. Secchi. (*Rif. med.* 1906. Nr. 19.) Zur Behandlung kamen 17 Fälle, von denen keiner mit Eiterung verbunden war (was überhaupt selten). Der Schmerz war stets sehr heftig, das Fieber nicht sehr hoch und von kurzer Dauer, ungefähr die Hälfte der Fälle waren Mono-, die andere Hälfte Polyarthritiden. Sieben von den 17 Fällen zeigten eine markierte Tendenz zur Plastizität und Ankylose. Die Mehrzahl der Patienten waren Frauen, meist waren die Füfse befallen; dreimal ging die Affektion in den chronischen Zustand über. In sechs Fällen wurde die Methode von Bier in Anwendung gebracht, nachdem alle anderen

fehlgeschlagen, niemals aber im akuten Stadium der Krankheit. Drei dieser Fälle wurden vollständig geheilt (bei einem wurde die Bierssche Methode mit Massage kombiniert). In den drei anderen Fällen wurde nur eine Besserung erzielt. Durch die passend angelegte Binde wird auf die Nervenstämme ein Druck ausgeübt, welcher eine Anästhesie des Gelenkes und der umgebenden Region mit sich führt.

C. Müller-Genf.

Über die Therapie der blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von Felix Le Bihan. (*Thèse de Bordeaux.* 1905.) Als beste Behandlungsmethode wird vom Verfasser die frühzeitige Arthrotomie angeraten; sie führt am schnellsten zu den besten Resultaten. Nächst der Arthrotomie kommt als Behandlungsmethode die Punktion in Betracht. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae, von Anton Regenspurger-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 15.) R. empfiehlt, in allen akuten Fällen von Blennorrhoe bei starker Akuität des Prozesses von der Anwendung der neuen Silberpräparate, deren Bedeutung für die Behandlung der Blennorrhoe er anerkennt, Abstand zu nehmen und nur die ätherisch-balsamischen Medikamente zu verordnen, von denen das Gonosan das wirksamste sei. Bei den Fällen von subakuter Blennorrhoea anterior sollen ätherisch-balsamische Mittel die lokale Behandlung solange unterstützen, als Reizerscheinungen bestehen; dieser kombinierten Behandlung sollen auch alle chronischen vorderen Harnröhrenblennorrhoen zugängig gemacht werden, welche sich in einem Irritations- oder Exacerbationsstadium befinden; die übrigen Fälle, welche bei geringen subjektiven Erscheinungen nur einzelne Filamente im vollkommen klaren Harn zeigen, sind ausschliefslich lokal zu behandeln. Ist bei Blennorrhoea acuta anterior das Übergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre und Blase zu befürchten oder hat der Prozefs die Blase bereits ergriffen und es bestehen quälende subjektive Erscheinungen, so sind allein die ätherisch-balsamischen Mittel am Platze; erst mit dem Schwinden der Beschwerden und anhaltenden Cystitis sind die sogenannten Harnantiseptika am Platze, zu denen die zahlreichen synthetischen Mittel und Kombinationen der Salicylsäure, des Formaldehyds, der Citronensäure gehören. Bei komplizierender Prostatitis, Funiculitis, Epididymitis und Orchitis ist im Anfangsstadium die interne Therapie am Platze, ebensowenig kann man derselben entraten bei Pyelonephritis, Arthritis und Endocarditis. *Putzler-Dansig.*

Die Blennorrhoebehandlung mit Stauungshyperämie, von S. Jacoby-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 26.) Verfasser benutzt einen Urethral-Saugapparat bei Behandlung der Blennorrhoe, bestehend aus einer geraden, 12 cm langen, 21 Char. messenden Metallhohlsonde mit drei Rillen. Daran ist dann aufsen der Gummiball befestigt. Bei subakuten Fällen schien die Stauung günstige Wirkung zu haben, die Infiltrate wurden schneller resorbiert. Die Sache ist noch im Versuchsstadium.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Behandlung der Blennorrhoe, von Stefanescu-Galatz (Jassy). (*Spitalul.* 1906. Nr. 5.) Der Verfasser beschreibt in übersichtlicher Weise die modernen Anschauungen über den Verlauf und die Behandlung der nicht komplizierten blennorrhoischen Harnröhrenentzündung. In letzterer Beziehung wird hervorgehoben, dafs die möglichst frühzeitige lokale Behandlung mit ausgiebiger Kalium permanganicum-Lösung die besten Resultate ergibt; man mufs aber den Verlauf der Krankheit stetig mit dem Mikroskope verfolgen und sobald die Gonokokken aus dem Harne verschwunden sind, falls noch Ausflufs besteht, statt der Spülungen Instillationen mit Silbernitrat vornehmen. Auch hier bringt das Mikroskop die besten und sichersten Aufschlüsse, da eine zu starke Desquamation des Epithels auf eine zu starke Reaktion hinweist. Chronische Tripper erheischen die fleifsige Anwendung des Urethroskops,

auf welche Weise allein die kranken Stellen mit Sicherheit gefunden werden können. Es kann im allgemeinen also gesagt werden, dafs, während die Behandlung des akuten Trippers mit dem Mikroskop, diejenige des chronischen mit dem Urethroskop durchgeführt werden mufs. *E. Toff-Braila.*

Rationelle Behandlung der Urethritis, von Noah E. Aronstein - Detroit. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1906. Nr. 22.) Besprechung der spezifischen und nichtspezifischen Urethritis. Bei der Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis gibt der Verfasser den täglichen Irrigationen mit Kochsalzlösung den Vorzug. Danach ist eine Adrenalinlösung 1 : 1000 zu instillieren. Nach zehn Tagen verwendet er Kalium permanganicum - Lösungen in steigender Dosis von 1:10000 bis 1:1000, denen Lösungen von Zincum sulfuricum mit Adrenalin und Extract. Hydrastis folgen. Den Wert der Balsamika, Copaiv-Balsam, Santalol, Salol, Cubeben u. a. hält der Verfasser für zweifelhaft. *Schourp-Danzig.*

Das Albargin in der Behandlung der Blennorrhoe, von M. Vesescu. (*România medicala.* 1906. Nr. 6/7.) Der Verfasser hat zwölf Fälle von akuter Urethritis mit Albargin behandelt und gute Erfolge erzielt Die Gonokokken verschwinden nach wenigen Tagen und der Ausflufs versiegt dann nach etwa einer Woche. Die Konzentration der angewendeten Lösungen war 0,15—0,35 % und wurden hiermit drei Einspritzungen täglich gemacht und jede einige Minuten in der Harnröhre zurückgehalten. *E. Toff-Braila.*

Ein neues Heilmittel der Blennorrhoe. von E. Schwarz-Prag. (*Fortschr. d. Med.* XXIV. Nr. 14.) Da das Novargan vielfach als Antiblennorrhoikum versagte, stellte die Fabrik Heyden-Radebeul ein verbessertes Präparat unter der Bezeichnung Novargan II (dunkel) und Novargan III (hell) mit gleichem Silbergehalt wie das ursprüngliche Novargan her, aber ohne Reizwirkung und mit adstringierender Kraft. Aus seinen Versuchen mit diesen neuen Präparaten glaubt Schwarz besonders das Novargan III empfehlen zu dürfen, welches nach seiner Ansicht schnell und sicher die Gonokokken tötet, die Schleimhäute nicht schädigt und weder Schmerzen noch Komplikationen verursacht. Schwarz erblickt in der Einführung dieser Mittel einen unverkennbaren Fortschritt auf dem Gebiete der Blennorrhoetherapie.

Schourp-Danzig.

Die Balsamtherapie der Blennorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans und Santyls, von S. Boss - Strafsburg i. E. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 15.) Das Gonosan hat sich eine grofse Anhängerschaft unter den Ärzten erworben, da die Auswahl seiner Konstitutientien eine höchst diffizile und peinliche war. Denn es ist erst von der darstellenden Fabrik, J. D. Riedel-Berlin, der genaueste Plan für die Herstellung eines allen Anforderungen entsprechenden Sandelholzöles ausgearbeitet; es waren die strengsten Bedingungen festgehalten worden, und von der Kawa-Kawa waren nur die für eine innere örtliche Anästhesie geeigneten Harze (α- und β-Harz) eliminiert und extrahiert worden.

So mufste es kommen, dafs das beste ostindische Sandelöl zusammen mit dem wirksamen Kawa-Harz die Gonosandarreichung aufserordentlich förderten.

Das Sandelöl hat seinen Platz behauptet unter den Balsamicis, auch Santalol konnte demselben nicht Vorteile abringen.

Das Santyl (Knoll & Co., Ludwigshafen) verbindet das Santalol mit der Salicylsäure, es sollte der Salicylester des Santalols als neues inneres Antiblennorrhoikum eingeführt werden.

Boss aber äufsert seine Bedenken vor der Salicylsäure des Santyls und berechnet, dafs bei den an sich schon in grofsen Mengen nötigen Santylgaben ziemlich viel Salicylsäure mit zur Aufnahme gelangt, nämlich in 90 Tropfen Santyl täglich 1,385 g

Salicylsäure. Wenn nun der Patient im Durchschnitt fünf bis sechs Wochen lang das Santyl einnehmen mufs, so kommen bei ihm mittels des Santyls 56 g Salicylsäure zur Aufnahme.

Aber gerade bei der akuten Blennorrhoe gilt die Salicylsäure als kontraindiziert.

Daher gibt das Santyl zu Bedenklichkeiten Anlafs, die beim Gonosan vermieden sind; denn beim Gonosan ist mit nachweislich unschädlichen und bewährten Komponenten der inneren Tripperbehandlung gedient. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über den Wert der Gonosanbehandlung bei der Blennorrhoe des Mannes, von H. Laar-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.) L. hat experimenti causa 50 noch ganz unbehandelte Fälle von akuter Blennorrhoe ausschliefslich mit Gonosan behandelt und nur in 12 % der Fälle ein Verschwinden der Gonokokken beobachtet; in den übrigen 88 % wurden zum Teil nach mehrwöchentlichem Gonosangebrauch Gonokokken oft in reichlicher Menge gefunden, dabei war das Sekret häufig nur mehr minimal oder ganz verschwunden. Diesen Erfahrungen zufolge ist es nicht angängig, Gonosan als ein Mittel zu empfehlen, das für sich allein eine Heilung der Blennorrhoe herbeiführt; es ist höchstens imstande, einige Symptome der Krankheit günstig zu beeinflussen. Darin aber liegt sogar eine gewisse Gefahr; denn schwinden unter der Gonosanbehandlung wirklich die subjektiven Beschwerden und das Sekret, dann werden sich viele Patienten der Behandlung entziehen, bevor sie wirklich geheilt sind. *Götz-München.*

Über die therapeutische Wirksamkeit des Gonosans, von Karl Ganz-Brünn. (*Allg. med. Centralztg.* 1906. Nr. 12.) Ganz verfolgte die Gonosanbehandlung bei 22 Fällen mit folgender Lokalisation: 16 Fälle mit Urethritis acuta anterior, 5 Fälle mit Urethritis acuta post. und 2 Fälle mit Urethrocystitis.

In 5 Fällen von Urethritis acuta anterior konnte G. ohne Injektionen blofs durch Verabreichung der Gonosankapseln nebst Diätvorschriften nach 3—5 Wochen vollkommene Heilung erzielen. Auch in den anderen 11 Fällen konnte er unter Gonosanbehandlung die stetig fortschreitende Besserung konstatieren, die dann durch Injektionen vollkommener Genesung Platz machte. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die bei den früher handelsüblichen Sandelölen auch Ganz nicht unbemerkt geblieben waren, zeigten sich hier in keinem Falle.

Auch im Verlaufe der Behandlung erfüllte das Gonosan die Bedingungen, die zur Linderung der Beschwerden und zur Hebung des Allgemeinbefindens und Eindämmung des örtlichen Prozesses erwünscht und vonnöten waren.

Das Gonosan wirkte auch in den Ganzschen Versuchen anästhesierend und antiseptisch, diuretisch und sekretionsbeschränkend, sedativ und anaphrodisierend; von Magen, Darm und Nieren wurde das Gonosan durchgängig gut vertragen.

Arthur Rahn-Berlin.

Über Arhovin, von Ernst B. W. Frank-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Den sonst gebräuchlichen balsamischen Mitteln zur inneren Behandlung der Blennorrhoe haftet der Nachteil an, dafs sie den Magendarmkanal oder die Nieren reizen. Dagegen hat das Arhovin selbst bei langer Darreichung den Vorzug, in keiner Weise Reizerscheinungen hervorzurufen. Verfasser gab täglich 10—12 Kapseln à 0,25 sogar drei bis vier Tage nacheinander, ohne dafs sich schädliche Folgen einstellten, im Gegenteil wurden bei Fällen blennorrhoischer und anderweitiger bakterieller Infektion der Harnwege die damit verbundenen Reizerscheinungen durch Arhovin herabgesetzt oder gänzlich beseitigt, so dafs man es als ein gutes Unterstützungsmittel bei der Behandlung entzündlich-infektiöser und besonders blennorrhoischer Erkrankungen der Harnwege betrachten mufs. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Santyl im Vergleich mit anderen Sandelpräparaten, von THEODOR SACHS-Frankfurt a. M. (*Therap. Monatsh.* 1906. Nr. 6.) Bei einer Reihe von Fällen, welche nach Gebrauch von Ol. Santali ostindic. oder Gonosan über Nebenwirkungen zu klagen hatten, wurde das Santyl ohne jede Beschwerde vertragen. Dabei wirkt es therapeutisch mindestens ebenso günstig wie die bisher gebräuchlichen Balsamika.
Bernhard Schulze-Kiel.

Über Santyl, ein reizloses internes Antiblennorrhoicum, von H. BOTTSTEIN-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 11.) Verfasser hat Santyl bei 60 Fällen mit akuter Blennorrhoe angewandt, und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Auch bei von vornherein sehr schweren Fällen befriedigte ihn Santyl vollauf. Zwei Fälle mit terminaler Hämaturie wurden schnell gebessert, indem die Blutung am zweiten Tage aufhörte und die anfangs grofse Schmerzhaftigkeit beim Urinieren verschwand. Allerdings darf aber neben der Santyltherapie die lokale Behandlung nicht vernachlässigt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Eine Epidemie von Vulvovaginitis unter Kindern, von A. C. COTTON-Chicago. (*Arch. of Pediatrics.* 1905. Nr. 2.) C. berichtet von einer Epidemie von Vulvovaginitis in den Monaten August 1902 bis September 1903 im Kinderhospital von Chicago und betont die enorme Hartnäckigkeit und Schwierigkeit der Behandlung und fordert daher nach den bekannten Grundsätzen eine strengste Prophylaxe, um wenigstens in der Hygiene das menschenmöglichste zu erreichen. Dazu gehören Beobachtungsstationen für die Aufnahme, Isolierzimmer in der Beobachtungsstation, strengste Teilung und Scheidung des Wartepersonals, strengste Trennung der Utensilien und namentlich der leicht von Hand zu Hand gehenden Utensilien, wie Thermometer, Bade- und Nachtgeschirre, Schwämme, Seife usw. Selbst nach mehrmaligem Wegbleiben von Gonokokken ist ein Wiederauftreten derselben und damit eine Reinfektion möglich. *Arthur Rahn-Berlin.*

Die Behandlung der blennorrhoischen Cystitis, von E. DESNOS. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 19.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Göts-München.*

Über Stauungsbehandlung der Epididymitis blennorrhoica, von WILHELM KÖNIG. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 24.) Verfasser hat an der Bonner dermatologischen Klinik zwölf Fälle von blennorrhoischer Epididymitis mit der BIERschen Methode behandelt und damit günstige Resultate erzielt. Er empfiehlt bei der akuten Nebenhodenentzündung zuerst die Stauungshyperämie wegen ihrer schmerzstillenden und auflösenden Eigenschaften, und nach Ablauf der akuten Erscheinungen die ebenso, aber gleichzeitig stärker resorbierend, wirkende aktive Hyperämie (in Form von warmen Umschlägen) zu verwenden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Histologische Untersuchungen der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum, von HERM SCHRIDDE. (*Zeitschr. f. Augenheilkde.* Bd. XIV. Heft 6.) Die histologischen Untersuchungen wurden (im pathologisch-anatomischen Institut zu Marburg) an den Augen eines 6½ Tage alten Kindes, das beiderseits Blennorrhoe hatte und an Bronchopneumonie verstorben war, vorgenommen und ergaben in kurzem folgendes Bild. Die Schleimhaut der Lider in ihrer ganzen Ausdehnung mehr oder weniger stark belegt und durchsetzt von neutrophilen Leukocyten; grofse Mengen von Gonokokken (in Reihen, Strafsen, Rasen) zwischen den auseinandergedrängten Epithelien und bis an das subepitheliale Bindegewebe reichend, fast durchweg frei zwischen den Zellen liegend und nur an der Oberfläche der affizierten Stellen in Leukocyten eingeschlossen. In dem, diesen veränderten Gebieten benachbarten, normalen Epithel zeigen sich in auffälliger Weise Kernteilungsfiguren. In weiter fortgeschrittenen Stadien treten an den affizierten Stellen der Schleimhaut totale Zerstörungen des gesamten Epithels, Geschwüre mit schräg abfallenden Rändern auf; der Grund der

kleinen Ulcera wird von den obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes gebildet und ist meistens belegt mit Leukocyten und abgestorbenen Epithelzellen. Am Grund einiger Geschwüre ist deutliche Bildung von Granulationsgewebe nachzuweisen, welches wohl schliefslich zur Bildung von Narben, die makroskopisch kaum zu erkennen sind, führen wird. Die Angabe der spärlichen Literatur und ein wohlgelungenes Farbenbild über den histologischen Befund ergänzen die Arbeit.

Stern-München.

Zur Verhütung der blennorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol, von Otto v. Herff-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 20.) H. hat zur Prophylaxe der Blennorrhoeca neonatorum jahrelang Einträufelungen mit 10%iger Protargollösung gemacht, da ihm die Reizwirkung des Argentum nitricum zu stark war. Die Protargolbehandlung hat sich sehr gut bewährt; da sich aber auch das Protargol nicht als ganz reizlos erwies, machte er Versuche mit Argynol, einem in Nordamerika hergestellten Eiweifssilberpräparat, um schliefslich zu dem von Bayer-Elberfeld unter dem Namen „Sophol" in den Handel gebrachten Formonukleinsilber überzugehen. Er wandte das Sophol zuerst in 10, dann in 5%iger Lösung bisher bei 1200 Kindern an und konstatierte, dafs es die Augen noch viel weniger reizt als Protargol, die Ophthalmoblennorrhoe aber ebenso sicher verhütet wie dieses oder Argentum nitricum. H. glaubt, dafs das Sophol „dem Ideale einer vollen Sicherheit bei weitgehendster Schmerzlosigkeit und Reizlosigkeit sehr nahe kommt", jedenfalls näher als Protargol. Die Anwendung des Argentum nitricum zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoe ist nach H.s Ansicht überhaupt nicht mehr berechtigt. *Götz-München.*

Blennorrhoeinfektion beim weiblichen Geschlecht, von Joseph Taber Johnson - Washington. (*New York med. Journ.* 7. Juli 1906.) Eindringliche Darstellung der grofsen Gefahr und der zahlreichen Folgeerkrankungen, welche die Blennorrhoe beim Weibe mit sich bringt. Der „siebener" Ausschufs der American medical association ist zu der Feststellung gelangt, dafs 80% aller Todesfälle an Erkrankungen der Beckenorgane auf Gonokokkeninfektion zurückzuführen sind. Die Hauptpunkte bei der Behandlung akuter Blennorrhoeinfektion des Weibes sind: in der ersten Woche absolute Bettruhe, Milch- und blande Diät, Genufs reichlicher Wassermengen und Reinhaltung, nach dem Verschwinden der akuten Symptome Zerstörung der im Cervikalkanal befindlichen Keime mittels Argentum nitricum, Karbolsäure, Formalin oder scharfem Löffel, auch Irrigationen mit starker Lösung von Kalium permanganicum, so lange fortzusetzen, als das Mikroskop Gonokokken im Ausflufs zeigte. Auch die Harnröhrenerkrankung soll in milder und häufiger Weise durch Instillationen keimtötender Mittel behandelt werden, ebenso die Vulvovaginaldrüsen und deren Ausführungsgänge, wobei aber auch oft operative Eingriffe nötig sind. Schliefslich hebt Johnson hervor, wie wenig human viele Ärzte mit ihren hohen Honorarforderungen seien, zumal die Mehrzahl dieser Patientinnen den ärmeren Klassen zugehörten, und dafs diese dadurch entweder Kurpfuschern in die Hände getrieben würden oder überhaupt sich nicht behandeln liefsen. *Stern-München.*

Zur klinischen Diagnose der Wochenbettblennorrhoe, von Aug. Mayer. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 21.) Man war früher geneigt die blennorrhoische Wochenbettkrankheit als eine leicht verlaufende anzunehmen und sie nach dem klinischen Verlauf von Staphylo- und Streptokokkeninfektionen zu unterscheiden zu trachten. Verfasser weist darauf hin, dafs alle diesbezüglichen klinischen Merkmale sehr oft im Stiche lassen und dafs die Blennorrhoe im Wochenbett unter schwersten, im höchsten Mafse lebensbedroblichen Erscheinungen verlaufen kann, so dafs das einzig sichere Unterscheidungsmerkmal nur im bakteriologischen Befunde liegt.

Ohne auf die Frage näher einzugehen, bemerkt Verfasser bei dieser Gelegenheit,

daſs nach seiner Wahrnehmung die Kinder von blennorrhoekranken Müttern anscheinend schwächlicher entwickelt zur Welt kommen als andere.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein neuer Wäscheschutz bei Blennorrhoe, von Caesar Philip-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Ph. hat für Tripperkranke einen neuen einfachen Wäscheschutz herstellen lassen, bestehend aus einem viereckigen waschbaren aus Frottierzeug gefertigten Schurz, der an einem Leibgurt mit drei Knöpfen befestigt wird. Der Schurz legt sich zwischen Penis und Hemd, läſst das Glied in seiner natürlichen Lage, behindert den Sekretabfluſs in keiner Weise und wird beim Urinieren wie das Hemd beiseite geschoben. Gurt und Schurz zusammen nennt Ph. den „grofsen Servator". Wenn ein Suspensorium getragen wird, genügt ein kleinerer billigerer Schurz ohne Gurt, der „kleine Servator". Dieser kann mittels zweier Schlaufen an jedem Suspensorium befestigt werden; seine untere Hälfte ist zu einer Tasche umgelegt, in die das Glied hineingesteckt wird, bei profuser Eiterung wird ein wenig Gaze oder Watte eingelegt. — Der Servator wird von Gebrüder Bandekow-Berlin hergestellt.

Götz München.

Sind die bei der akuten Blennorrhoe des Mannes üblichen Injektionen eine rationelle Behandlungsweise, von Canon-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 22.) C. verwirft die lokale Behandlung bei der akuten Blennorrhoe des Mannes, wegen der vermehrten Gefahren an Komplikationen, besonders wegen der erhöhten Begünstigung des Übertrittes von Gonokokken in Lymphbahnen und Blut. „Den strikten Beweis für diese Behauptung bleibt er schuldig." *Carl Schramm-Dortmund.*

Über den Wert der externen und internen Arrhovinbehandlung bei Blennorrhoe, von Sigismund Kaiser. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 24.) Verfasser hat an der Neisserschen Klinik 40 Patienten, die an akuter Blennorrhoe litten und noch unbehandelt waren, einer externen und internen Arrhovinbehandlung unterworfen und deren Resultate genau kontrolliert. An der Hand der übersichtlichen Tabellen über den Verlauf der Behandlung kommt Verfasser zu folgenden Resultaten: Das Arrhovin extern, intern oder kombiniert angewandt, zeigt absolut keinen Einfluſs auf die Gonokokken. Die externe Behandlung ist geeignet, Komplikationen hervorzurufen; die interne Therapie bekämpft sie nicht und vermag ihr Auftreten nicht zu verhindern. Bei beiden Behandlungsmethoden hat der Prozeſs Neigung chronisch zu werden. Auch zu symptomatischer Behandlung erscheint die innerliche Anwendung des Arrhovins nicht besonders geeignet.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Verschiedenes.

Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle aus der dermatologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik, beobachtet im Studienjahr 1897/1898, von Erich Conradi. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Das in Frage kommende Material entstammt zum gröfsten Teile dem Arbeiter-, Handwerker- und Subalternbeamtenstande nebst Angehörigen. Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Patienten ist annähernd wie 8 : 1. Der Zweck vorliegender Arbeit soll sein, das zur Beobachtung gelangte Krankenmaterial unter statistischen, klinischen und therapeutischen Gesichtspunkten zu beleuchten und verschiedene Fälle seltener oder sonst bemerkenswerter Erkrankungen eingehender mitzuteilen.[1]

[1] Das Titelthema ist ein Dissertationsthema κατ' ἐξοχήν und wird hoffentlich von zahlreichen deutschen Haut- und Geschlechtskliniken und -Polikliniken akzeptiert werden. Ref.

Bei seiner Besprechung der Hautkrankheiten, hat sich Verfasser im wesentlichen der Einteilung in Rilles Lehrbuch bedient.

Hyperidrosis (14 Fälle: 9 mal Individuen im Alter von 11—28 Jahren, 5 mal ältere Leute). Therapeutisch wurde in 8 Fällen das altbewährte, wenngleich umständliche Verfahren von Hebra mit Unguentum diachyli benutzt, meist wurde ein 1%iger Karbolsäurezusatz gemacht. Ferner wurden angewandt: Unguentum vaselini plumbicum und Salicylseifenpflaster.

Seborrhoea sicca und oleosa (36 Fälle, zwei Drittel im Alter von 16 bis 35 Jahren). Einreibungen mit Salicylspiritus, Borspiritus, Karbolspiritus, Hebraschem Seifenspiritus oder folgender Kombination:

Spir. vin. gall.	50,0
Aether sulf.	10,0
Tct. Benzoës	0,3
Acid. salicylic.	0,3.

Comedonen (11 Fälle). Hebrascher Seifenspiritus; Unguentum diachyli mit Karbolsäure; Inzision. Milien (1 Mann, 5 Frauen). Atherome (6 Männer, 1 Frau).

Pruritus cutaneus. — Pruritus senilis. 1—2% Salicylspiritus, Karbolspiritus, Karbolpillen (Acid. carbol. 5,0 auf 50 Pillen, drei Stück täglich). — Pruritus ani: Tinctura rusci nebst Sitzbädern.

Varicellen wurden bei Mädchen von 1—3 Jahren beobachtet.

Morbilli (2 Fälle), 18 und 26jährige Patientinnen.

Erythema infectiosum: Zwei Knaben von 6 und 13 Jahren.

Erysipel: Zwei Patienten von 9 und 27 Jahren.

Erythema exsudativum multiforme: Elf Fälle von Erythema multiforme, meist vom Typus des E. papulatum, 12 von exquisitem E. iris. Zwei Fälle von E. multiforme recidivans resp. chronicum; in Fall II Lokalisation nur an den Handtellern. — E. annulare chronicum. 31jährige Patientin. An der Stirn fanden sich oberhalb des einen Augenbrauenbogens braunrote, orbikulär angeordnete, derbe Knötchen von Hanfkorn- bis Erbsengröfse, die bei flüchtiger Beobachtung wie ein tertiäres serpiginöses Syphilid aussahen. Anthrarobinpflaster. — Erythema nodosum: ein Fall bei 14jährigem Mädchen. Salicylseifenpflaster.

Urticaria (34 Patienten). Viermal (drei Kinder) Urticaria recidiva resp. chronica. Urticaria papulosa (Lichen urticatus) wurde bei fünf Kranken beobachtet. Zur Milderung des Juckreizes wurden spirituöse Einreibungen verwendet, ferner Tinctura rusci, Naphtol-Schmierseife (1,0:50,0), Sapo viridis, Vaselin. ā, Ungt. Wilkinsonii. Innerlich wurde Tinctura amara gegeben (sechsmal), je einmal Atropin (nach Schwimmers Verordnung: 0,01 auf 10 Pillen, 2 Pillen täglich) und Kalomel (Calomel. 0,02, Pulv. gummos., Sacchar. alb. ā 0,5; 2 Pulver täglich). Ein Fall ist diagnostisch unklar (Urticaria pigmentosa?).

Herpes zoster (20 mal), nur einmal im Kindesalter. H. z. pectoralis 3, cervicalis 2, dorsalis, frontalis, axillaris et brachialis je 1 mal. Natrium bromatum innerlich. Zum Schutz der noch unversehrten Bläschen Aufpinselung von Kollodium und Oleum ricini ā, oder Streupulver.

Herpes facialis (labialis, febrilis), 7 Fälle im Alter von 12—36 Jahren. 5%ige Borvaseline oder Salicyllanolinvaseline.

Herpes genitalis. 33 Männer, 4 Weiber. Als Ursache sind nach Rille „Perturbationen der sexuellen Sphäre" im weitesten Sinne anzusehen. Umschläge von ½% Karbolwasser, Amylum, Talcum, Dermatol, Kalomel (2,0: Amylum 20,0).

Sudamina: 9 mal. Salicylalkohol und Amylum.

Verletzungen, Exkoriationen, Insektenstiche. — Ein Fall von Stigmatosis ex usu morphini, ausgedehnte Narben- und Infiltratbildung an der Haut. 42jährige Frau, seit 18 Jahren Morphinistin. Die beobachteten Hautveränderungen sind aufzufassen als direkte Folge der Verletzung.

Verbrennungen (6 mal), Perniones (8 mal), Phlegmone (18 mal), Furunkel (33 Männer, 8 Weiber), zwei Fälle von Furunkulosis multiplex infantum. Einen Karbunkel: Liquor Burowiumschläge.

Psoriasis vulgaris wurde bei 89 Patienten behandelt, was einer Häufigkeit von 4,7% aller Hautfälle des Verfassers entspricht. 59 Kranke waren männlichen, 30 weiblichen Geschlechts, also 2:1. Beginn meist um das 20. Jahr. Zwei Knaben mit Psoriasis standen im Alter von 4 und 7½ Jahren; in einem Falle wurde der Beginn mit 1½ Jahren angegeben. In einigen Fällen lag Heredität vor. Gehäuftes Auftreten in irgendeiner Jahreszeit war nicht zu vermerken. Leukoderma psoriaticum fand sich nur in einem Fall. Einige Male fand sich Psoriasis in Kombination mit anderweitigen Hautausschlägen. Bei einem 35jährigen Psoriatiker war zugleich eine leichte Ichthyosis vorhanden. — Pilulae asiaticae (à 0,0025—0,0075 Acid. arsenicos.) in steigender Dosis (7 mal), 1 mal Solutio Fowleri, 13 mal subcutan Natrium cacodylicum, täglich eine Spritze von einer Lösung 2,0—4,0 : 10,0. Befriedigender Erfolg. Diese Behandlung bewährte sich nur in frischen Psoriasisfällen. Äußerlich 27 mal Präcipitatsalbe, ferner starkes Chrysarobinpflaster 25%, 25% Gallacetophenonpflaster, 15% β-Naphtolsalbe, Anthrarobintinktur, 25% Anthrarobinpflaster, Lenigallol- und Lenirobinpflaster. Gallacetophenon ist ein Alizarinderivat. Besonders zur Behandlung der Psoriasis in der Gravidität empfohlen. 10—20—50%ige Salbe oder 25%iges Pflaster (grüngelbe Verfärbung der Leibwäsche!). — Pyrogallolum oxydatum (Unna) wurde mit befriedigendem Heilerfolg versucht. 15%iges Pyrogallolpflaster bewährte sich auch sehr gut bei Lupus erythematosus.

Lichen ruber planus (5 Männer, 1 Frau), Arsenbehandlung, Natrium cacodylicum (4,0 : 10,0 Aqua). Letzteres Mittel leistet ungefähr so viel wie Arsen.

Lichen ruber acuminatus: 17jähr. Mädchen. Asiatische Pillen, Salicylsalbe.

Lichen scrophulosorum, 1 Fall, Lebertran.

Mit einer Gesamtziffer von 567 Kranken nimmt das Ekzem die erste Stelle unter allen Hautaffektionen ein (30% aller Behandelten mit Ausnahme der venerisch Kranken). 336 männliche, 231 weibliche Patienten.

Im	Alter	von	1— 5	Jahren	61	Fälle,
„	„	„	6—10	„	26	„
				(Kindheit	87	Fälle)
„	„	„	11—15	Jahren	42	Fälle,
„	„	„	16—20	„	51	„
				(Jugend	93	Fälle)
„	„	„	21—25	Jahren	67	Fälle,
„	„	„	26—30	„	60	„
„	„	„	31—35	„	65	„
„	„	„	36—40	„	50	„
„	„	„	41—45	„	30	„
„	„	„	46—50	„	28	„
„	„	„	51—55	„	20	„
„	„	„	56—60	„	25	„
„	„	„	61—70	„	27	„
„	„	„	71—80	„	12	„
„	„	„	81—90	„	8	„

147 akute, 800 chronische Ekzemfälle.

Eine Tabelle gibt Aufschluſs über die Lokalisation. Das Gesicht steht mit 115 Fällen oben an, dann folgen der Reihe nach: Hände, untere Extremitäten, Vorderarme, Kopf, Genitale usw. Einige Fälle von artefiziellem Ekzem, die wegen der speziell angegebenen Ursache interessant sind, gibt Verfasser an. Es handelte sich um folgende Stoffe: Terpentin, denaturierter Spiritus, Jodoform, Liquor Burowi, graue Salbe, Arnikatinktur.

Ekzema seborrhoicum (Unna) wurde 8mal, meist bei jugendlichen Personen beobachtet, Ekzema sycosiforme bei 13 Männern. Sechs Fälle von universellem Ekzem betrafen 3 Kinder unter einem Jahr, ferner ein 11jähriges Mädchen und 2 Männer von 57 und 65 Jahren. Die Therapie war eine ausschlieſslich lokale; die akuten Ekzeme leichteren Grades wurden soweit wie möglich mit milden Streupulvern behandelt. Zur Linderung des Juckreizes wurden spirituöse Lösungen verordnet. Bei stärkerer entzündlicher Reizung wurden Umschläge mit zehnfach verdünntem Liquor Burowi, 1—8 %iger Borlösung oder 1—3 %igem Ichthyolwasser gemacht. Im weiteren Verlaufe wurde zur Pasten- und Salbenbehandlung geschritten, wobei in erster Linie Verbände mit Pasta Zinci Lassari gemacht wurden; aufserdem Vaselin, 5 %ige Dermatolsalbe, 1—2 %ige Salicylvaseline, 5 %ige weifse oder 1 %ige gelbe Präcipitatsalbe. Die eigentliche Salbenbehandlung trat in Kraft bei den subakuten und chronischen, mit Infiltration und Krustenbildung einhergehenden Formen: Unguentum diachyli Hebra, 5 %ige weifse Präcipitatsalbe, Borsalbe (Acid. boric., Glycerin. ää 5,0, Unguentum simpl. ad 100,0), Unguentum Vaselini plumbicum Kaposi (Emplastr. lithargyri, Vaselin. ää), eventuell mit 1 % Zusatz von Acidum carbolicum, ferner Zincum oxydatum 10,0: Lanolin 40,0, 1 % Salicyllanolinvaseline oder Sapo viridis, Vaseline ää. Von Ersatzmitteln des Teers wurde in erster Linie Anthrarobin verwendet, welches sich oft von ganz vorzüglicher Wirkung erwies. Es wurde meist in Form einer Pinselflüssigkeit (Anthrarobin. 5,0, Tinct. benzoic. ad 50,0) verordnet und zusammen mit Tumenol:

℞ *Anthrarobin* 2,0
Tumenol 8,0
Aether sulf. 20,0
Tinct. benzoës 30,0.

Auch Pflaster wurden vielfach gegen chronische Ekzeme verwendet. Am meisten Collemplastrum saponato-salicylicum (10 %). Bei impetiginösen und nässenden Gesichtsekzemen im Kindesalter wurde oft und mit Vorteil die Burchardsche Behandlungsmethode angewendet. Sie besteht in Bepinselung der nässenden oder von Krusten befreiten Ekzemherde mit 1—3 %iger Lapislösung, worauf eine indifferente Salbe aufgelegt wurde.

Prurigo wurde bei 17 männlichen, 6 weiblichen Kranken beobachtet.

Strophulus (Lichen urticatus infantum). Ein Knabe von zehn Monaten. Salicylalkohol.

Acne simplex gelangte bei 57 Männern, 42 Frauen zur Beobachtung. Hebrascher Seifenspiritus, Sapo viridis. Salicylseifenpflaster, Emplastrum Hydrargyri oder letzteres mit Emplastr. saponat. ää. Einpinselungen mit dem Bodensatz von Schwefelsuspensionen (Sulfur. praec. 20,0, Glycerin. 10,0, Spirit. vin. gallic. 50,0 oder Lact. sulfur., Kal. carbon., Glycerin., Spir. vin. dilut. ää), Schwefelnaphtol, Resorcinpasten.

Von Acne artificialis wurde ein interessanter Fall beobachtet. Der Kranke war von verschiedenen Ärzten auf Syphilis behandelt worden.

Von besonderem klinischem Interesse war ein Fall von Acne exulcerans serpiginosa nasi bei einem 40jährigen Mann. Zwei Fälle von Acne telean-

giectodes kamen zur Beobachtung, auch eine Kranke mit Acne varioliformis. Acne rosacea kam bei 25 Männern, 16 Frauen, Rhinophym bei zwei älteren Männern vor.

Sykosis wurde 20 mal konstatiert. Epilation, hernach Salbenverbände (Unguentum diachyli, Unguentum vaselini plumbicum, 1 %ige Salicyllanolinvaseline, weifse Präcipitatsalbe) oder Schälpasten entweder nach Lassar oder nach Philippson.

Es gelangten drei Fälle von Pemphigus zur Beobachtung, auch ein Fall von Pemphigus acutus (contagiosus) infantum. Dermatolstreupulver oder Salicyllanolin.

An Impetigo contagiosa wurden neun Fälle im Alter von 7, 8, 10, 15, 19 (zweimal), 24, 30 und 35 Jahren behandelt. Es handelte sich meist um unter schlechten äufseren Verhältnissen lebende Individuen. Verbände mit weifser Präcipitatsalbe, Unguentum vaselini plumbicum, 2 %ige Lapissalbe oder: Hydrargyri sulfur. rubr. 0,5, Sulfur. praec. 10,0, Lanolin., Vaselin. ā ad 50,0 (Lassar). Ferner Salicyl- und Dermatolpflaster.

An Ulcus cruris wurden 6 Männer und 11 Frauen behandelt. Der jüngste Patient war 28 Jahre alt, der älteste 80. Feuchte Umschläge, Einpudern mit Gipsteer (Bitum. fagi 8,0 : Calc. sulfuric. 40,0), Salbenverbände.

Mit Lupus vulgaris waren 15 Individuen behaftet, darunter nur 3 weiblichen Geschlechts. In dem einen Falle hatte er zu Elephantiasis geführt. Fünfmal wurden die Lupusherde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, in den übrigen Fällen wurde vorwiegend Pyrogallussalbe appliziert.

Scrophuloderma fand sich bei 5 männlichen und 2 weiblichen Kranken, darunter Kinder von 3½, 11 und 12 Jahren. Feuchte Umschläge, Jodoformverbände, graues Pflaster usw. Innerlich Lebertran.

Tuberculosis verrucosa cutis: 6 Männer, 4 Frauen.

Tuberculosis miliaris ulcerosa: 29jähriger Fleischhauer.

Ein Fall von Lepra tuberosa wurde bei einem 18jährigen Kranken mit der seltenen Lokalisation der Knotenlepra an den Fufssohlen beobachtet. (Siehe Lepra. *Bibl. internat.* Bd. 2.)

Unter dem Material des Verfassers befanden sich 6 mit Favus behaftete junge Leute bis zu 26 Jahren. Die Therapie bestand in mechanischer Entfernung der Auflagerungen, Epilation und Applikation von Unguentum Wilkinson.

Herpes tonsurans capillitii betraf wie gewöhnlich fast ausschliefslich Kinder und zwar Geschwister, 2 Mädchen von 4 und 8 Jahren.

Herpes tonsurans vesiculosus wurde bei 9 männlichen und 6 weiblichen Individuen beobachtet; darunter waren 4 Kinder von 4—9 Jahren. Liquor Burowi, Borwasser, Naphtolalkohol, Anthrarobintinktur oder -Pflaster, weifse Präcipitatsalbe oder Unguentum Wilkinson., Unguentum simpl. ā.

Sykosis parasitaria fand sich bei 3 Männern von 33, 38 und 51 Jahren im behaarten Teil des Gesichtes. Feuchte Umschläge, Verbände mit roter Präcipitatsalbe oder

℞ *Acid. carbolic.* 1,0
Emplastr. litharg.
Vaselin. ser. ā ad 50,0.

Von Pityriasis rosea wurden 22 Fälle beobachtet, zwei Drittel gehörten dem männlichen Geschlecht an. Spirituöse Lösungen, Anthrarobintinktur, Naphtolschmierseife (2,0 : 50,0), Chrysarobinpflaster, Chrysarobinepidermin (3,0 : 30,0).

Pityriasis versicolor: 32 Männer, 15 Frauen. Einpinselungen mit verdünnter Jodtinktur, ferner Salicyl-, Bor-, Karbolspiritus oder Anthrarobintinktur. Schmierseife mit Zusatz von Schwefel oder Naphtol.

Hauterkrankungen durch tierische Parasiten: Scabies 84 Fälle, Verhältnis der Männer zu den Frauen 3:1, Pediculi capitis 27, pubis 24, excoriationes e pediculis vestimentorum 6 Fälle, ferner Cimices 15 und petechiae e pulicibus 7 Fälle.

Naevi pigmentosi: 2 männliche, 10 weibliche Individuen. Achtmal handelte es sich um Naevi pilosi. Meist Paquelin.

Chloasma uterinum wurde bei 2 Frauen von 33 und 36 Jahren beobachtet.

Cornu cutaneum 1 Fall, Tyloma 3 Fälle, Verrucae 34 Fälle (Paquelin 15 mal, Excochleation 9 mal, Skalpell 3 mal). Verrucae seniles fanden sich bei einem 55jährigen Manne.

Lichen pilaris fand sich 3 mal: 5jähriges Mädchen, 20- und 64jährige Männer. Seifenbäder, Unguentum Wilkinson., Unguentum simpl. aa.

Ichthyosis wurde bei 3 Kranken beobachtet. Männer von 27, 35 und 67 Jahren. Sapo viridis, Vaseline aa.

Acanthosis nigricans wurde bei 3 jugendlichen weiblichen Individuen konstatiert. Verfasser bespricht diese Fälle eingehender. Sie waren therapeutisch nicht zu beeinflussen.

Unter den Hypertrophien der Nägel ist ein Fall von Onychogryphosis bei einem 7jährigen Knaben erwähnt. In 4 weiteren Fällen bestand ein ein oder mehrere Fingernägel betreffender, mangels einer nachweisbaren Ätiologie als Dystrophia ungium zu bezeichnender degenerativer Zustand mit Brüchigkeit, Zerklüftung und schmutzigweifser Verfärbung der Nagelsubstanz. Salicylseifenpflaster (einmal Solutio Fowleri).

Von Sclerodermа gelangten 3 Fälle zur Beobachtung. Systematische Massage, Einreibungen von Glycerin, Natrium salicylicum.

Es wurde ein 49jähriger Mann mit Elephantiasis cruris infolge von Lupus vulgaris beobachtet. Eine seltene Koinzidenz ist die von Adipositas universalis und Elephantiasis, welche bei einem 40jährigen Mann vorlag.

Vitiligo, als idiopathische Pigmentatrophie, fand sich bei je zwei männlichen und weiblichen Patienten. Die Atrophie der Haare fand sich unter dem Bilde des Effluvium capillitii (6 Männer, 9 Frauen), Alopecia areata (23 Männer, 6 Frauen). Erwähnenswert ist ein Fall von Alopecia areata und gleichzeitiger Dystrophia ungium bei einem 23jährigen Schuhmacher.

Lupus erythematosus: 5 männliche, 8 weibliche Fälle. Sehr befriedigende Resultate wurden mit 25 %igem Anthrarobinpflaster erzielt.

Von Atrophia cutis idiopatica wurden 2 Fälle beobachtet. Der erste Fall ist von Rille (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 81) beschrieben worden. Der zweite war differential-diagnostisch unklar. Möglicherweise lag das von Darier als Pseudoxanthoma elasticum beschriebene Krankheitsbild vor. Es kam weiter ein Keloid bei einem Manne und ein ungewöhnlich grofses, massiges (Benzinexplosion) Narbenkeloid bei einem 15jährigen Mädchen zur Beobachtung.

Fibroma molluscum wurde bei 2 Patienten gefunden. Beide Fälle schildert Verfasser eingehender.

Weiter erwähnt Verfasser ein faustgrofses Lipom der Sakralgegend bei einer 54jährigen Frau, Angiome, Naevi vasculosi, ein Lymphangiom der Unterlippenschleimhaut bei einem 26jährigen Mann. Inzision.

Mollusca contagiosa fanden sich 6 mal bei männlichen, 3 mal bei weiblichen Individuen vom 2. bis zum 27. Lebensjahr. Bei 2 Kindern, Geschwister von 2 und 5 Jahren, war die Annahme einer Kontagiosität sehr naheliegend. Das beste Verfahren ist Ausquetschen.

Condylomata acuminata waren bei 15 männlichen und 3 weiblichen Individuen vorhanden.

Ein anscheinend primäres Sarcoma cutis kam bei einem 71jährigen Mann zur Beobachtung. Unter 6 Fällen von Carcinom fanden sich 4 von Ulcus rodens Ferner wurde ein Zungencarcinom und ein Unterlippencarcinom beobachtet.

Venerische Krankheiten nehmen mit 612 Fällen = 24,5% der Gesamtzahl der Kranken die erste Stelle ein.

Syphilis ist mit 259 Fällen = 10,4% der Gesamtfrequenz vertreten. (202 Männer, 57 Frauen.) Fünf extragenitale Primäraffekte. Verfasser bespricht Lokalisation, verschiedene Stadien, Therapie eingehend.

Ulcus molle hatten 53 Männer, 5 Frauen.

Blennorrhoe mit Komplikationen beansprucht mit 295 Fällen = 11,8% der Gesamtziffer die erste Stelle unter den venerischen Krankheiten (270 Männer, 25 Frauen).

Von anderweitigen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane erwähnt Verfasser: Balanitis und Posthitis bei 27 Kranken, ein Fall von Balanitis diabetica, von Orchitis epidemica, eine doppelseitige Epididymitis und Funiculitis tuberculosa, eine Cyste am Präputium, eine Paraphimosis traumatica, Pruritus vulvae 1 mal, Vulvitis 3 mal, Aphthen der weiblichen Genitale 3 mal, Spermatorrhoe 6 mal usw.

Mund- und Rachenaffektionen werden erwähnt: Stomatitis mercurialis, aphthosa, ulcus traumaticum linguae, Angina, Hypertrophia labii oris superioris e scrophulosi usw. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der schmerzhaften Fettsucht, von P. G. A. M Fressineau. (*Thèse de Bordeaux.* 1905. Nr. 93.) Von Interesse für den Leserkreis der *Monatshefte* ist die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Adipositas dolorosa. Sieben von 46 Fällen, die Verfasser anführt, hatten Syphilis in der Anamnese. Weiter sei erwähnt; dafs gewisse Stadien des Leidens mit Störungen der Haut und Haare einhergehen können. *Fritz Loeb-München.*

Rezidivierende Stomatitis aphthosa, von Schilling. (*Centralbl. f. inn. Med.* 19. Mai 1906.) Verfasser beschreibt eine Form von Aphthen, die häufig rezidivierten und die es bei Leuten mit künstlichen Gebissen und fauligen Zahnstumpfen häufiger antraf. Nach seiner Ansicht gibt die bei solchen Menschen im Munde vorhandene Flora bei kleinen Schrunden und Verletzungen Gelegenheit zu aphthösen Eruptionen Diese mufs der Zahnarzt behandeln, nicht der Magenarzt. *F. Hahn-Bremen.*

Ist der Syphilidologe existenzberechtigt? von Franz Bruck Berlin. (*Med. Klinik* 1906. Nr. 18.) Verfasser, der Laryngologe ist, hat bei einem „durchaus gebildeten" Kranken eine syphilitische Ulceration im Larynx festgestellt. Patient nahm seine Diagnose recht ungläubig auf und wünschte schliefslich das Urteil eines — „Difficile est satiram non scribere" — Dermatologen . . .

An der Hand dieses Falles wendet sich Verfasser gegen die Dermatologen, die sich für Spezialärzte für Syphilis halten, sind es aber nur insoweit, als diese die äufseren Genitalien und die Haut ergreift (? Ref.). Da die Syphilis sämtliche Organe des Körpers angreifen kann, ist sie recht eigentlich die Domäne des praktischen Arztes und es sollte einen Spezialisten für Syphilis in einer Person ebensowenig geben, wie einen solchen für Tuberkulose. („Difficile est satiram non scribere!" Ref.)

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Beitrag zum Raffinement der Masturbation, von A. Wild-Schwarzenbach a. S. (*Münch. med. Wochenschr* 1906. Nr. 11.) Ein 64jähriger Arbeiter, ein alter Onanist, hatte sich zum besonderen Vergnügen ein Fichtenästchen in die Harn-

röhre eingeführt und zwar so, dafs die Nadeln beim Zurückziehen als Widerhaken wirkten, die Herausnahme gelang dem Manne infolgedessen nicht, nach verschiedenen Versuchen brach das Ästchen ab. W. entfernte den Fremdkörper, ein 8 cm langes und mit den Nadeln 2 cm im Durchmesser haltendes Fichtenästchen, mittels einer schlanken langen Kornzange aus der weiten und fast völlig unempfindlichen Harnröhre.

Götz-München.

Syphilis und Unfallversicherung der praktischen Ärzte, von Jesionek-Giefsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) J. zeigt an einem Beispiele, wie wenig ein Arzt, der sich bei Ausübung seines Berufes eine syphilitische Infektion zugezogen hat, von der Unfallversicherung erwarten darf. Ein Kollege, der sich gelegentlich eines geburtshilflichen Eingriffes luetisch infiziert hatte, strengte gegen seine Unfallversicherungsgesellschaft eine Klage dahingehend an, die Gesellschaft solle anerkennen, dafs sie für alle Folgen des Unfalles aufkommen und die vereinbarte Invaliditätsrente, bezw. die Todesfallsumme gegebenen Falles auch dann zahlen müsse, wenn der Unfall erst nach einem Jahre oder später Invalidität oder Tod herbeiführe. (Im allgemeinen ist die Gesellschaft laut Statuten zur Zahlung der Invaliditätsrente oder Todesfallsumme nur dann verpflichtet, wenn der Unfall innerhalb eines Jahres Invalidität oder Tod veranlafst.) Zur Begründung der Forderung wurde darauf hingewiesen, dafs bei syphilitischen Erkrankungen auch nach Abheilung der ersten Erscheinungen oft noch nach Jahren und Jahrzehnten Krankheitssymptome auftreten, die mit der primären Infektion in ursächlichem Zusammenhange stehen und dauernde Invalidität oder Tod zur Folge haben können. Die Klage wurde abgewiesen, das Urteil am Gerichtsbrett „ausgehängt" und damit das Geheimnis des Kollegen der Öffentlichkeit preisgegeben und dem Kollegen obendrein das Versicherungsverhältnis von der Gesellschaft gekündigt. — Solche Vorkommnisse zeigen, dafs wir eine Verstaatlichung der Versicherung der Ärzte fordern müssen; denn sachgemäfse und diskrete Hilfe kann nur vom Staate geleistet werden. Vor kurzem hat auf die dankbar zu begrüfsende Initiative Neissers hin die Breslauer dermatologische Vereinigung beschlossen, Schritte zu tun, um den Ärzten bei Syphilisinfektionen im Berufe günstigere Bedingungen seitens der Unfallversicherungsgesellschaften zu erwirken. J. fordert am Schlusse seines interessanten, lehrreichen Artikels die Kollegen zu allseitiger Unterstützung dieses Unternehmens auf. *Götz-München.*

Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen, von Alb. Neisser, Baermann und Ludwig Halberstädter. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) Bei ihrem Aufenthalte in Batavia haben sich die Verfasser überzeugt, dafs dortige, gerade in Dermato- und Syphilidologie besonders erfahrene und ausgebildete Kollegen im Gegensatz zu der bei uns herrschenden Anschauung an einen Zusammenhang zwischen Framboesia tropica und Syphilis glauben. Um hierüber definitiv Klarheit zu verschaffen, haben die Verfasser Impfversuche an Affen vorgenommen; die Ergebnisse der Experimente sind folgende:

1. Die Framboesie ist vom Menschen auf höhere wie auf niedere Affen übertragbar.
2. Die Framboesie ist vom Affen zum Affen übertragbar.
3. Es tritt, wie die Drüsen- und Organimpfungen beweisen, eine Generalisation des Framboesiegiftes im Körper ein.
4. Mit Lues behaftete Tiere sind für Framboesie empfänglich.

Lues und Framboesie müssen also ätiologisch differente Erkrankungen sein.

Götz-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 11. 1. Dezember 1906.

Der gegenwärtige Stand der Phototherapie.

Von

Dr. Ferdinand Winkler-Wien.

Referat, erstattet am internationalen Kongresse für Elektrobiologie und Radiologie in Mailand, September 1906.

Die Geschichte der Medizin lehrt, dafs unser therapeutisches Können nur auf dem Wege des Irrtums und des tastenden Versuchs erreicht worden ist. Es waren regelmäfsig mühsame, aber auch lehrreiche Umwege, welche aus dem empirisch Suchenden den wissenschaftlich forschenden Arzt gemacht haben, und denen wir den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft verdanken.

Von altersher gewohnt, die Agentien, welche die Natur uns bietet, zu verwerten, haben sich die Menschen bestrebt, aus zahllosen Beobachtungen das Mittel zu ziehen und jene Heilfaktoren, die sich in irgendwelcher Weise zu bewähren schienen, ihrem Heilschatze einzuverleiben. So war es doch naheliegend, dem Lichte, dessen Segen die tägliche Erfahrung lehrte, dessen Bedeutung für die Pflanzenwelt jedem Ackerbauer klar sein mufste, und das von den ältesten Zeiten her als höchste Gottheit verehrt wurde, auch in bezug auf die Heilung der Krankheiten eine wichtige Rolle zuzuschreiben, und tiefer Sinn lag in dem Glauben der Griechen, den Gott des Lichtes auch zum Gotte der Heilkunst zu machen. Um so mehr mufs es unser Erstaunen erregen, dafs die Lichtbehandlung nicht schon lange jene Stufe erreicht hat, die ihr naturgemäfs zukommt und dafs es erst der gewaltigen Energie Finsens bedurfte, um die fast verachtete Lichtbehandlung in den Kreis der wissenschaftlich fundierten Behandlungsformen zu ziehen und ihr jene Bedeutung einzuräumen, die ihr nach Kraft und Leistungsfähigkeit gebührt; er war der erste, der die drei Prinzipien der Lichtheilmethode, die bakterientötende Kraft, die entzündungerregende Eigenschaft und das Vermögen, durch das menschliche Gewebe durchdringen zu können, genau formulierte und ihr damit ein Bürgerrecht in der Wissenschaft errang.

Der Grund dieses Mangels an Beachtung liegt wohl darin, dafs vordem niemand daran dachte, die einzelnen Qualitäten der Lichtstrahlen voneinander zu sondern, und dafs die frühere Lichtbehandlung weniger eine Lichtbehandlung als eine Wärmebehandlung gewesen ist. Wenn man im Altertum in den Sand am Meeresstrande Gruben machte und die mit Sand bedeckten Kranken von der Sonne bescheinen liefs, wenn HERODOT und ANTYLLUS von der therapeutischen Verwendung der Sonnenbäder zu erzählen wissen, so sind die von ihnen berichteten Effekte immer thermischer Natur gewesen und haben mit der wirklichen Lichtbehandlung nichts zu tun gehabt. Freilich konnte den guten Beobachtern des Altertums die neben der thermischen Wirkung auftretende reine Lichtwirkung nicht entgehen, und sie haben in ziemlich treffender Weise die Erscheinungen der Insolation auf die Haut beschrieben. Aber das um und auf ihrer ganzen Behandlung war eben nur Verwertung der Wärme und nicht Verwertung des Lichtes. Es kann ja niemand wunder nehmen, dafs zu einer Zeit, da ein ARCHIMEDES den Gedanken hatte, die feindlichen Schiffe durch die in einer Linse gesammelten Strahlen zu verbrennen, man auch die so gesammelten Wärmestrahlen zur Zerstörung von Geschwülsten zu verwerten suchte, und da keine anderen Lichtquellen als die Sonnenstrahlen zur Verfügung standen, so wäre es vielleicht schwer gewesen, bei dem damaligen Stande der physikalischen Kenntnisse eine Änderung des therapeutischen Vorgehens durchzuführen. Hat es doch, seitdem HERSCHEL 1800 auf das Vorhandensein von ultraroten Strahlen hingewiesen hat — eine Entdeckung, die trotz ihrer leichten Nachprüfbarkeit in der vielfachsten Weise bekämpft und bezweifelt wurde — 100 Jahre gebraucht, bis ein Genius auf den Gedanken kam, die einzelnen Lichtstrahlenarten gesondert für die Behandlung zu verwenden, und zu erkennen, dafs das Licht in der Praxis nur dann verwertet werden könne, wenn es stark konzentriert ist, und wenn der gröfste Teil der Wärmemenge beseitigt wird, damit man einer Verbrennung, welche das konzentrierte Licht verursachen würde, vorzubeugen imstande sei.

Die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen über die Bedeutung des Lichtes verdanken wir der Hygiene. Die Erkenntnis der antiken Welt, dafs es zur Pflege des Körpers notwendig sei, viel Licht auf sich einwirken zu lassen, gab zur Einrichtung der Solarien, der Sonnenbäder auf den Dächern der Häuser, Anlafs, indem man nackt auf den Kissen lag, um sich von der Sonne bescheinen zu lassen, und sie sprach sich auch in dem Streben aus, die Sportübungen in der Palästra mit nacktem Körper in freier Luft auszuführen. Die im Volke festgewurzelte Überzeugung von der Notwendigkeit des Lichtes für das Gedeihen des menschlichen Organismus hat dazu geführt, dafs man dunkle Wohnungen seit jeher als ungesund bezeichnete und dafs man lieber nach Süden gelegene Wohn-

räume benutzte, als die nach Norden gelegenen, und das alte italienische Sprichwort: „Wo die Sonne nicht hinkommt, da kommt der Arzt hin", zeigt deutlich, wie der gesunde Sinn des Volkes über das Verhältnis des Lichtes zum Leben dachte.

Als die Wissenschaft die Erkenntnis der Bedeutung der Bakterien für die Krankheiten der Menschen errang, entstand allerorts das Bestreben, festzustellen, ob das Licht die Bakterien in der Luft, im Staube und im Wasser so rasch zu töten vermag, dafs man von einem Kampf des Lichts gegen die Krankheitserreger sprechen dürfte. Die Versuche zeigten in überraschender Weise die aufserordentliche Fähigkeit des Lichtes, Bakterien zu zerstören. Es wurde bald festgestellt, dafs Kulturen der Bakterien zugrunde gehen, wenn sie einige Stunden lang direkt dem Sonnenlicht ausgesetzt sind, und dafs diese bakterientötende Wirkung des Lichtes sich nicht blofs auf Bakterien in Nährflüssigkeiten bezieht, sondern auch unter Umständen zur Geltung kommt, wo die Bakterien dem Einflusse des Lichtes nicht direkt ausgesetzt erscheinen. So überzeugte sich Esmarch von der Fähigkeit des Sonnenlichts, die Oberfläche von Bettzeug zu desinfizieren, Wittlin von der Kraft des Sonnenlichtes, Bakterien im Strafsenstaub zu vernichten, und Migneco stellte fest, dafs der auf Leinen- oder Wollstoff eingetrocknete tuberkelhaltige Schleim nach 24- bis 30-stündiger Belichtung nicht mehr infektiös war.

Die bakterientötende Wirkung des Lichtes wird auch durch Wasser nicht gehemmt. Ebenso wie in die Tiefe eines klaren Sees versenkte photographische Platten durch Einwirkung des Lichtes beeinflufst werden, so gelang es auch den Versuchen von Buchner[1] und Frankland, zu zeigen, dafs die bakterizide Wirkung des Lichtes nicht verringert wird, wenn es dicke Schichten Wassers passiert hat. Selbst in stark trübem Wasser und in Kloakenwasser werden die Bakterien vom Lichte getötet. Provacini konnte zeigen, dafs schon nach zweistündiger Belichtung im Kloakenwasser die Anzahl der Bakterien um die Hälfte abgenommen hatte, und dafs sie nach sechsstündiger Belichtung fast ganz zugrunde gegangen waren.

Die genauere Analyse der Lichtwirkung zeigt nun, besonders im Anschlusse an die Untersuchungen von Dieudonne,[2] dafs die bakterizide Kraft der Lichtstrahlen der blauvioletten Hälfte des Spektrums zu danken sei, und dafs die Wärmestrahlen an dieser Wirkung des Lichtes nicht beteiligt sind. Aus den von Dieudonne mitgeteilten Versuchen geht hervor, dafs die roten und gelben Strahlen keine schädigende Wirkung auf die Bakterien ausüben, den grünen Strahlen ein leicht entwicklungshemmender Einfluls zukomme, und dafs die blauen, violetten und ultra-

[1] *Zentralbl. f. Bakteriol.* 1892.

[2] *Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamt.* Berlin. IX.

violetten Strahlen eine sehr stark bakterientötende Einwirkung besitzen. Diese Untersuchungen, die von Bie[3] im wesentlichen bestätigt wurden, bezogen sich noch nicht auf jene ultravioletten Strahlen, die von Glas absorbiert werden und deren Prüfung erst gelang, als Finsen an Stelle der Glaslinsen an seinem Apparate Bergkristallinsen anbrachte. Finsen[4] konnte nun beweisen, dafs den äufsersten ultravioletten Strahlen in bakterizider Hinsicht ein aufserordentliches Übergewicht gegenüber den übrigen Strahlengattungen zukommt. Und von diesem Versuchsergebnis ausgehend, trat Finsen mit der ganzen Kraft seiner Persönlichkeit für die ausschliefsliche Verwendung der ultravioletten Strahlen in der Phototherapie ein. Freilich mufste er in der letzten Zeit seines Lebens diesen radikalen Standpunkt aufgeben, und heute ist man infolge vielfacher Erfahrungen, die man auf diesem Gebiete gemacht hat, geneigt, auch den übrigen, nichtbakteriziden Strahlen, ja sogar den Wärmestrahlen eine entsprechende Rolle zuzuschreiben.

Auf Grund der Lehre Finsens, dafs die ultravioletten Strahlen, die man als Hauptvertreter der chemischen Strahlen des Spektrums auffafst, als Träger der Lichtheilwirkung aufzufassen seien, wurde der Satz ausgesprochen, dafs man die Phototherapie in zwei Arten, in die Photochemotherapie, die mit den chemischen Strahlen arbeite, und in die Photothermotherapie, die auf den Wärmestrahlen beruht, unterscheiden müsse, und dafs als eigentliche Lichtheilmethode nur die Photochemotherapie anzusehen sei; die Photothermotherapie sei nur zur Zerstörung von Gewebselementen, nach Art des Glüheisens zu verwenden. Heute denken wir über diese Scheidung anders; wir suchen die Wirkung der einzelnen Strahlengattungen im einzelnen zu erkennen und sie in ihrer Gesamtheit zu verwenden, und unser Bestreben geht dahin, jene Strahlengattungen, die für den betreffenden Zweck am geeignetsten scheinen, in den Vordergrund der Wirkung zu stellen, und uns nicht selbst der von der Natur dargebotenen Heilfaktoren auf Grund theoretischer Ideen zu berauben.

Hinsichtlich der Wirkung auf die Bakterien ist wohl kein Zweifel möglich, dafs den ultravioletten Strahlen ein aufserordentlich grofses Tötungsvermögen zukomme, und den Versuchen von Bang, dafs das nicht konzentrierte Licht einer elektrischen Bogenlampe von 30 Ampère in einem Abstand von 30 cm imstande sei, eine Oberflächenaussaat von Tuberkelbazillen in sechs Minuten zu töten, kommt sicherlich ein grofses therapeutisches Interesse zu. Aber schon Finsen und seinen Mitarbeitern war es klar, dafs diese Resultate nur dann für die Praxis eine Bedeutung

---

[3] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* I. S. 40.

[4] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* III. S. 5.

finden könnten, wenn es gelänge, die bakterizide Kraft des Lichtes auch innerhalb des Gewebes zu verwerten. Und damit beschäftigte sich denn auch die Kopenhagener Schule sehr intensiv.

Die Erkenntnis, daſs die am stärksten bakterizid wirkenden, ultravioletten Strahlen in der Atmosphäre absorbiert werden und deshalb beim Sonnenlicht nicht in Aktion treten, machte notwendig, das Sonnenlicht aus diesen Versuchen auszuschalten und das an ultravioletten Strahlen reiche elektrische Bogenlicht zu verwenden. Die Versuche von JANSEN,[5] der zwischen die Lichtquelle und die zu belichtenden Bakterienkulturen Hautstücke von verschiedener Dicke einschaltete, erwiesen, daſs bei einer Belichtungszeit von 1¼ Stunden die bakterizide Kraft des Lichtes trotz des Durchtretens durch eine Hautschichte von 1,2 mm Dicke zur Geltung kommt, daſs aber bei einer Gewebsdicke von 1,5 mm die Abtötung der Bakterien nicht mehr erfolgt. Einzelne Strahlengruppen, wie die inneren ultravioletten und die blauvioletten Strahlen üben noch in der Tiefe von 1,5 mm eine bakterientötende Wirkung und in der Tiefe von 4 mm einen bakterienschwächenden Einfluſs aus. Auch gegenüber den im lebenden Gewebe befindlichen Bakterien kommt den ultravioletten Strahlen eine ungemein schädigende Einwirkung zu; so konnte BUSCK Pneumokokken, die in die Cornea von Kaninchen eingeimpft waren, mit dem Lichte der BANGschen Eisenlampe töten, und NAGELSCHMID war imstande, bei Impftuberkulose, die experimentell auf der Haut von Meerschweinchen erzeugt wurde, durch Finsenlicht eine Abtötung der Tuberkelbazillen zu erzielen.

Dem entgegen ergab sich aber aus den Versuchen von KLINGMÜLLER und HALBERSTÄDTER[6], daſs den ultravioletten Strahlen keine Tiefenwirkung zukommt. Sie belichteten mit der Finsenlampe Lupusstückchen durch 70 Minuten und brachten sie darauf in die Bauchhöhle von Meerschweinchen; wären die in der Tiefe des Gewebes liegenden Tuberkelbazillen durch die Bestrahlung abgetötet worden, so hätte die intraperitoneale Verimpfung der Gewebsstücke nicht zur Erkrankung der Versuchstiere führen dürfen; und doch gingen die Versuchstiere an Tuberkulose zugrunde. Die gleichen Erfahrungen machten sie bei der Belichtung des Gewebssafts von an experimenteller Tuberkulose erkrankten Tieren; so wurde der Gewebssaft aus der Milz eines an Tuberkulose erkrankten Meerschweinchens 70 Minuten lang belichtet, ohne seine Virulenz einzubüſsen.

Mit dem Nachweise, daſs die Finsenbehandlung auf die im Gewebe liegenden Tuberkelbazillen keinen deletären Einfluſs ausübt, scheint eine der Hauptstützen des FINSENschen Lehrgebäudes zu fallen, und zur Er-

---

[5] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* IV, S. 37.

[6] *Deutsche med. Wochenschr.* 1905. Nr. 14.

klärung der wirklich idealen Resultate, welche FINSEN mit seiner Lupusbehandlung erzielte — konnte er doch bei der Tuberkulosekonferenz in Berlin 1902 bereits über 800 mit der Lichtmethode behandelte Fälle berichten, von denen 94% günstig beeinflufst (darunter 50% vollständig geheilt) waren —, müssen wir andere Erklärungsversuche heranziehen.

Zunächst ist es sehr gut möglich, dafs die einmalige, wenn auch durch mehr als eine Stunde fortgesetzte Belichtung eines Gewebsstückes nicht imstande ist, die darin befindlichen Bazillen zu vernichten, dafs aber die lange, durch mehrere Monate wiederholte, tüchtige Belichtung endlich doch zu diesem Resultate führt; wissen wir doch aus der klinischen Beobachtung, dafs während der Lichtbehandlung mehrfach Rezidive auftreten, dafs also tatsächlich trotz anscheinenden Verschwindens der Krankheitserscheinungen nicht alle Krankheitserreger abgetötet sind. Erst Beharrung führt zum Ziele; man darf sich nicht verdriefsen lassen, die erkrankten Partien mehrmals einer Nachbehandlung zu unterziehen.

Es ist aber auch möglich, dafs tatsächlich die bakterizide Kraft des Lichtes keine grofse Rolle bei der Lichtbehandlung spielt, und dafs anderen Faktoren ein gröfserer Einfluſs zukommt.

RICHARDSON und DIEUDONNE haben ermittelt, dafs in belichteten Agarplatten schon nach kurzer Zeit, in direktem Sonnenlicht schon nach zehn Minuten, Wasserstoffsuperoxyd auftritt, man exponiert zu seinem Nachweise eine Agarplatte halb mit schwarzem Papier bedeckt dem Lichte, übergiefst sie mit schwach jodkaliumhaltigem Kleister und hierauf mit einer schwachen Eisenoxydsulfatlösung; die belichtete Seite wird blauschwarz. Neben dem Wasserstoffsuperoxyd mufs man auch an die Wirkung des Ozons denken, das beim Arbeiten mit Lichtquellen, die sehr viel ultraviolette Strahlen liefern, in reichem Mafse auftritt, und dem SCHIFF[7] hinsichtlich der Wirkung der Quecksilberdampflampe eine hervorragende Bedeutung zuschreibt.

Einen noch weiteren Einblick in den Mechanismus der Strahlenwirkung gewähren uns die Angaben von HERTEL[8], dafs das Wesentliche der Strahlenwirkung in der Sauerstoffabspaltung liegt; das Wunder des Assimilationsprozesses der chlorophyllhaltigen Pflanzen, bei denen langwellige Strahlen die grofsartige Abspaltung des Sauerstoffs aus der Kohlensäure veranlassen, findet sein Analogon in den Versuchen von HERTEL, der nachwies, dafs die kurzwelligen Strahlen Sauerstoff aus dem Blute und aus den leicht lösbaren Verbindungen des sauerstoffhaltigen Zellplasmas abspalten und dafs dieser Vorgang den Reiz auf den Organismus

---

[7] Sitzungsbericht der Gesellschaft der Ärzte. *Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 12.

[8] *Zeitschr. f. allgem. Physiol.* Bd. IV u. V.

ausübt. Nach Entfernung der die reizauslösende Ursache darstellenden Strahlen bleibt die durch die Sauerstoffumlagerung hervorgerufene Störung zurück; bei häufiger Einwirkung macht sich diese Störung immer deutlicher geltend und führt schliefslich zur Zerstörung der Bakterien und der krankhaften Gewebsprodukte.

Diese Reizwirkung gibt uns die Erklärung für die durch die Finsensche Schule festgestellte entzündliche Reaktion des Gewebes gegenüber dem Lichte. Die am stärksten bakterizid wirkenden Strahlen sind am stärkten entzündungsreizend; der gleiche Unterschied, den das durch Bergkristall hindurchgegangene Licht gegenüber dem durch Glas hindurchgegangenen hinsichtlich der Wirkung auf die Bakterien zeigt, macht sich auch hinsichtlich der Wirkung auf die Haut geltend.

Die sichtbare Wirkung des an ultravioletten Strahlen reichen Lichtes auf die Haut ist eine starke Rötung der Stelle, und der vom Lichte getroffene Fleck hebt sich über die ihr umgebende Haut empor; sehr oft tritt nach 16—24 Stunden eine Blasenbildung auf, bald stärker, bald geringer, bei Belichtung mit elektrischem Bogenlicht viel intensiver als bei Belichtung mit Sonnenlicht. In einzelnen Fällen tritt in der Umgebung der getroffenen Stelle ein leichtes Ödem auf. Die Blase trocknet nach einigen Stunden wieder ein, es bildet sich eine Borke, die nach einigen Tagen abfällt und gesunde Haut zurückläfst.

Auch die mikroskopischen Untersuchungen von Zieler[9] und von Meirowsky[10] zeigen, dafs die wesentliche Folge der Finsenbehandlung eine akute Entzündung der Haut ist, sowohl bei normaler als auch bei krankhaft veränderter Haut. Die Entzündung läuft aber ohne Narbenbildung ab, so dafs man imstande ist, die anscheinend gesunden Partien in der Umgebung der kranken Stelle, die so möglicherweise auch infiziert sind, mitzubehandeln, ohne einen Nachteil befürchten zu müssen. Zieler zeigte übrigens, dafs bei Einwirkung grofser Lichtstärken die Hyperämie und die Transsudation hochgradiger, die Tieferwirkung bedeutender, und die Schädigung des Gewebes nicht erheblicher ist als bei geringer Lichtstärke; dies erklärt die Beobachtung von Finsen, dafs die Heilwirkung um so gröfser sei, je intensiver und je länger die Bestrahlung ist.

Meirowsky,[10] der unter Leitung von Unna arbeitete, zeigte, dafs das Licht auf die Epithelzellen zunächst eine anregende Wirkung übt, welche sich an den reichlichen Kernteilungen erkennen läfst; bei längerer Einwirkung des Lichts kommt es zu degenerativen Veränderungen in der Epidermis, die schliefslich abstirbt und durch Blasenbildung abgehoben wird.

---

[9] *Dermatol. Zeitschr.* 1906. Heft 1.

[10] *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1906. XLII.

Sowohl die oberflächlichen wie die tiefen Blutgefäfse der Haut zeigen eine deutliche Erweiterung mit einer starken Auswanderung von weifsen Blutkörperchen und mit Blutungen ins Gewebe; ferner ruft das Licht eine Vermehrung der Bindegewebszellen und eine Schwellung des Kollagens hervor. Wenn die Entzündungserscheinungen ihren Höhepunkt erreicht haben, setzen die Reproduktionsvorgänge mit einer starken Verdickung der Stachelschicht ein, deren Zellen anfangs pigmentlos sind, später aber eine Neubildung und Vermehrung des Pigments in allen Schichten des Epithels aufweisen. Im Bindegewebe verschwindet das Ödem und es bleibt Hyperpigmentation der Stachelschicht und eine starke Vermehrung und Verdickung des Kollagens zurück.

Bei derartigen Veränderungen in der Gewebsstruktur ist es begreiflich, dafs die Ernährungsverhältnisse in einer für die Bakterien ungünstigen Weise geändert werden, und dafs mit der Verschlechterung des Nährbodens auch die Giftbildung der Bakterien abnimmt. Während aber Finsen und seine Schüler annahmen, dafs die bakterizide und die entzündungserregende Wirkung des Lichts an dem Heilerfolge gleichmäfsig beteiligt sind, stehen wir heute auf dem Standpunkte, dafs nur die Gewebsentzündung in direkter Linie in Betracht komme und dafs der Einfluſs auf die Bakterien ein indirekter sei.

Von grofser Wichtigkeit scheint uns heute der erweiternde Einfluſs des Lichtes auf die Blutgefäfse zu sein, der sowohl experimentell als auch histologisch festgestellt ist; die klinischen Tatsachen fügen sich trefflich in diese Erkenntnis. Strebel[11] hat darauf aufmerksam gemacht, dafs auf Wundflächen bei ultravioletter Bestrahlung lebhafte Granulation eintrete, an welche sich eine rasche Überhäutung anschliefse, und er erklärte dies mit der Annahme, dafs die ultravioletten Strahlen einen günstigen Einfluſs auf die Blutgefäfse und auf die trophischen Nerven der Haut ausüben; er empfahl deshalb das Ulcus cruris als ein dankbares Feld für die Ultraviolettbehandlung. Auch Axmann[12] fand, dafs unter der Ultraviolettbestrahlung der Unterschenkelgeschwüre die Granulationen bald frisch und straff werden, und dafs die Überhäutung rasch erfolgt, und er schreibt dieses günstige Resultat der Gefäfserweiterung zu.

Vielleicht darf man hier auch an die von Lorwy[13] auf dem Monte Rosa angestellten Versuche erinnern, in denen bei ihm und seinen beiden Mitarbeitern in wenigen Stunden abwechselndes Zunehmen und Abnehmen der Blutkörperchenzahl eintraten, je nachdem sich die Versuchspersonen

---

[11] *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.* V.

[12] *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.

[13] *Handbuch d. physikal. Therapie.* Bd. I. S. 139.

längere Zeit auf dem Gletscher oder in der Hütte, im hellen Licht oder im Dunkeln aufgehalten hatten.

Mit den vasomotorischen Einflüssen des Lichtes stehen sicherlich auch seine Wirkungen auf die Psyche und auf das Nervensystem in Zusammenhang; an hellen Tagen ist unsere Stimmung sonnig, unsere Arbeitslust gröfser und unsere Energie gesteigert, und FINSEN hatte wohl recht, wenn er die chemischen Strahlen als die das Leben und die Energie weckenden Strahlen ansah. In gleicher Weise dürften auch die Beobachtungen zu erklären sein, dafs dem Lichte eine kräftige Einwirkung auf die Wachstumsvorgänge zugeschrieben werden mufs. In FINSENS Lichtinstitut konnte festgestellt werden, dafs sowohl an den mit dem Lichte behandelten Hautpartien der Lupuskranken wie auch an den entblöfsten Armen der Krankenwärterinnen ein stärkerer Haarwuchs auftrete, und dies stimmt mit der seit altersher gemachten Erfahrung, dafs die Wüstensöhne lange Bärte tragen.

Vielleicht sind die vasomotorischen Einwirkungen des Lichts auch die Träger der von SORGO[14] und von KUNWALD[15] festgestellten günstigen Beeinflussung, die das reflektierte Sonnenlicht auf den tuberkulös erkrankten Kehlkopf ausübt.

Je mehr ultraviolette Strahlen eine Lichtquelle besitzt, desto stärker treten diese Erscheinungen der Entzündung auf; es war daher eine sehr richtige Behandlungsweise, die BERNHARD[16] zur Behandlung von Hauttuberkulose und von chirurgischer Tuberkulose wählte, indem er seine Kranken im Hochgebirge der Sonne aussetzte, und FINSEN hat selbst den Rat gegeben, gröfsere Lichtbehandlungsanstalten oder Sanatorien für Lupuskranke, besonders in den südlichen Ländern, an hochgelegenen Orten anzulegen, da dort, vermöge der grofsen chemischen Intensität des Lichts, sicherlich ganz andere und ökonomisch günstigere Resultate erreicht werden können als es in nördlicheren Gegenden mit dem Sonnenlichte zu erreichen möglich ist. FINSEN[17] hält es für das beste, eine Lupusbehandlungsanstalt mit einem Phthisikersanatorium zu verbinden und an Tagen, an denen das Sonnenlicht nicht genügend vorhanden ist, mit elektrischen Lichtquellen zu arbeiten. Dieser Gedanke, Gebirgslupussanatorien zu errichten, ist für südliche Länder um so wichtiger als in Griechenland und Italien in den Ebenen wegen der hohen Temperatur die Behandlung nur in die Morgenstunden gelegt werden kann, was nicht im Interesse der Behandlung liegt, weil die chemische Intensität des Lichts bei niederem

---

[14] *Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.
[15] *Münch. med. Wochenschr.* 1905.
[16] *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 8.
[17] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* III, S. 51.

Stand der Sonne verhältnismäfsig gering ist. Dies ist auf die Eigenschaft der Atmosphäre zurückzuführen, bedeutend mehr chemische Strahlen als Wärmestrahlen zu absorbieren. Je höher der Ort liegt, desto dünner ist die Luftschicht, die das Licht passieren mufs, und desto gröfser ist seine chemische Intensität. Einen gleichen Vorschlag hat SCHIFF in Wien gemacht und in einem der gelesensten Journale deutscher Zunge[18] eine Vereinigung der Volksheilstätten für Lungenkranke mit solchen für Lupöse gefordert.

Das Streben der FINSENschen Schule ging nun dahin, künstliche Lichtquellen zu suchen, die reich an jenen Strahlengattungen sind, welchen die stärkste bakterizide und die stärkste entzündungserregende Wirkung zukommen, und ihr Ideal war eine Lichtquelle, die nur ultraviolettes Licht aussendet.

Bekanntlich teilen wir nach dem Vorgange von HELMHOLTZ die uns zur Verfügung stehenden Lichtquellen in zwei Gruppen ein, in solche, bei denen die Lichtentwicklung eine Folge starker Erhitzung eines Körpers ist (Temperaturleuchten), und in solche, die schon bei relativ niedriger Temperatur in unserem Auge Lichterscheinungen hervorrufen (kalte Flammen, Leuchten infolge von Luminescenz). Das Erstrebenswerte im FINSENschen Sinne ist nun die Wahl eines geeigneten Luminescenzlichts, wie es beim Leuchten der Gase in den GEISSLERschen Röhren und beim Leuchten des Quecksilberdampfs in den Quecksilberlampen annähernd erreicht ist. Auch das Induktionsfunkenlicht, das Hochspannungsfunkenlicht, das Eisenlicht und das Magnesiumlicht sind geeignete Lichtquellen im Sinne der FINSENschen Schule. Bekanntlich hat die Kopenhagener Schule zur Behandlung der Hauterkrankungen das konzentrierte Bogenlicht empfohlen, und FINSEN hat sich bemüht, durch Verbesserung seiner Konstruktionen die Wärme möglichst auszuschalten und die ultravioletten Strahlen möglichst zu erhalten. Seine Resultate wurden erst befriedigend, als es ihm gelang, an Stelle des Glases, welches die ultravioletten Strahlen absorbiert, Linsen aus Bergkristall anzubringen und das an ultravioletten Strahlen arme Sonnenlicht durch das an diesen Strahlen reiche konzentrierte Bogenlicht zu ersetzen. Seine Versuche aber, die Wärme ganz auszuschalten, waren nicht von gleichem Erfolge begleitet; es ist nämlich vom physikalischen Standpunkte aus unmöglich, die Wärme des Lichtes ganz zu beseitigen, da alle Strahlen des Lichtes die Eigenschaft besitzen, Wärme zu erzeugen, freilich in verschiedenem Grade. FINSENS Streben konnte also nur ein relatives Resultat haben; es gelang ihm endlich, durch Vorschalten einer ammoniakalischen Lösung von Kupfersulfat den gröfsten Teil der Wärme-

[18] *Neue freie Presse.* 15. März 1902.

strahlen zu absorbieren und dabei nur einen kleinen Teil der chemischen Strahlen zu verlieren.

Wie sich aber heute zeigt, ist es nicht im Interesse der Behandlung gelegen, die Wärmewirkung aus der Lichtbehandlung ganz auszuschalten. AUDRY und KRÖSING[19] zeigten, dafs man mit Wärmestrahlen venerische Geschwüre rasch zur Heilung bringen kann, und HOLLAENDERS Heifsluftbehandlung[20] hat nicht blofs bei Lupus vulgaris, sondern auch bei syphilitischen Initialaffekten gute Resultate gegeben. Übrigens hat es SCHOLTZ[21] in entschiedener Weise in Abrede gestellt, dafs die in die Tiefe des Gewebes eindringenden Wärmestrahlen bei der Wirkung der Finsenbehandlung ganz aufser Spiel bleiben; er meint direkt, dafs die Tiefenwirkung der Finsenbehandlung überhaupt nicht durch die chemisch wirksamen Strahlen, welche schon in der oberflächlichen Hautschichte absorbiert werden, hervorgerufen sei, sondern dafs man den Wärmestrahlen die Abtötung der Bakterien in der Tiefe zuschreiben müsse.

Noch weiter gingen SCHREIBER und KRÖHNE[22], die Lampenkombinationen zu dem Zwecke benutzten, um neben den ultravioletten Strahlen auch Strahlen anderer Kategorie zur Wirkung kommen zu lassen. SCHREIBER benutzt dazu eine Kombination einer Quecksilberlampe und einer kleinen Bogenlampe, und er konnte sich überzeugen, dafs die Quecksilberlampe, welche an sich neunmal stärker auf Bakterien und Infusorien einwirkte als die Bogenlampe, in der Kombination mit derselben noch stärkere Wirkung übte; SIEGFRIED[23], der mit einer ähnlichen Lampenkombination arbeitete, empfahl zur Verstärkung der Wirkung Bogenlampen, deren Kohlenstäbe durch Zusatz von Calcium, Silicium oder Magnesium ein an gelben Strahlen reiches Licht aussenden.

Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse, sind in der Phototherapie folgende Richtungen vorhanden: erstens die Richtung der FINSENschen Schule, die den ultravioletten Strahlen die ausschliefsliche Wirkung zuschreibt und ihre Bemühungen dahin richtet, Lichtquellen zu konstruieren, welche an ultravioletten Strahlen möglichst reich sind; zweitens, die Richtung der deutschen Schule, die auch den anderen Strahlenkategorien eine gewisse Bedeutung zuschreibt und durch Kombination entsprechender Lichtquellen zum Ziele zu kommen sucht, und endlich drittens die Richtung jener, die durch Einführung gewisser Substanzen die Haut für die

---

[19] *Arch. f. Dermatol.* XLIII. S. 426.
[20] *Deutsche med. Wochenschr.* 1897. S. 688.
[21] *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 18.
[22] Dissertation. Leipzig 1904.
[23] Dissertation. Göttingen 1905.

penetrierenden, aber sonst nicht wirksamen Strahlen empfindlich zu machen suchen.

Die meisten Anhänger hat gegenwärtig die dritte Richtung. FINSEN hatte gezeigt, daſs das in der Haut zirkulierende Blut die Tieferwirkung der Strahlen hindert, indem es die chemischen Strahlen absorbiert; er kam deshalb auf den Gedanken, die Haut zu komprimieren und damit das Blut fortzudrücken. Ohne Kompression übt das Finsenlicht nur eine ganz oberflächliche Wirkung aus; auch das von Lichtquellen, die reich an ultravioletten Strahlen sind, stammende Licht, wie das Eisenlicht und das Hochspannungsfunkenlicht, wird schon von den obersten Hautschichten absorbiert und ist nicht imstande, tiefer in der Haut gelegene Krankheitsherde zu beeinflussen; auch den von der Quecksilberlampe, deren Ultraviolettstrahlung fast die Hälfte der Gesamtstrahlung ausmacht, ausgehenden Strahlen kommt, wie SCHIFF hervorgehoben hat, der gleiche Übelstand zu, und ihre Wirkung auf die Oberfläche ist ziemlich bedeutend, während ihre Wirkung in die Tiefe fast vollständig ausbleibt. Der Gegensatz ist um so stärker als die Oberflächenwirkung beim Hochspannungsfunkenlicht und beim Eisenlicht oft so groſs ist, daſs andauernde Pigmentierungen zurückbleiben, welche die Benutzung dieser Lichtquellen wesentlich erschweren.

Da BUSCK[24] ebenso wie JANSEN gefunden hat, daſs die Penetrationsfähigkeit der einzelnen Strahlengattungen sich umgekehrt verhalten, wie ihre Wirksamkeit in bakterizider und in entzündungserregender Beziehung, also die roten Strahlen tiefer ins Gewebe eindringen als die anderen Strahlen, so muſste also das Streben dahin gehen, Methoden zu finden, um den in die Tiefe der Gewebsschichten eindringenden Strahlen eine Wirkung auf das Gewebe zu ermöglichen.

Diese Versuche schlieſsen sich an eine Entdeckung von TAPPEINER und RAAB[25] an, daſs man niedrige Organismen durch Zusatz gewisser Stoffe zu ihrem Nährmaterial für solche Strahlen empfindlich machen kann, welche ohne diese Vorbehandlung keine merkbare Wirkung auf dieselben Organismen auszuüben vermögen. Dabei zeigte sich, daſs nur die Wirkung jener Strahlen beeinfluſst wird, welche von den zugesetzten Stoffen selbst absorbiert wurden. Durch weitere umfangreiche Versuche der TAPPEINERschen Schule wurde unsere Kenntnis dieser Zusatzstoffe bereichert und der Nachweis erbracht, daſs nicht nur niedere Organismen, sondern auch Zellen höherer Tiere auf dem gleichen Wege beeinfluſst werden. Diese Versuche wurden von DREYER[26] im FINSENschen Institut

---

[24] *Mitteil. aus Finsens Institut.* IV.

[25] *Münch. med. Wochenschr.* 1900.

[26] *Sitzungsber. d. Dänisch. Akad.* April 1908.

und von HALBERSTÄDTER[27] bestätigt und in origineller Weise weitergeführt.

DREYERS Methode bestand in der Verwertung der in der photographischen Technik üblichen Sensibilisierung. Die Sensibilisierung beruht darauf, dafs durch Imprägnierung der lichtempfindlichen Platten mit Stoffen, welche rot, gelb und grün enthalten (Sensibilisatoren) die photographischen Platten für Farbstrahlen empfänglich gemacht werden.

Am besten erwies sich ihre Tränkung des Gewebes mit Erythrosin[28], um die sonst chemisch unwirksamen Strahlen auf das Gewebe einwirken zu lassen.

Vorderhand reicht die Sensibilisierung mit Erythrosin nur für die Strahlen von gelbgrün bis gelborange aus; doch gibt DREYER an, dafs man mit jeder beliebigen Lichtquelle in einem Drittel bis einem Viertel der sonst bei der Finsenbehandlung üblichen Zeit im sensibilisiertem Gewebe die gleiche Reaktion erzeugen könne wie mit der Finsenlampe bei nicht vorbereiteter Haut; er verwendet das Erythrosin teils subcutan, teils lokal in Form von Bestreichungen.

Die Versuche von TAPPEINER und JESIONEK[29], welche in gleicher Weise Eosin, teilweise subcutan und teilweise als Bepinselung bei tuberkulosen, luetischen und carcinomatösen Hauterkrankungen, verwendeten, sind nach den vorliegenden Berichten von gutem therapeutischen Erfolge begleitet gewesen. Übrigens hat vielleicht STRAUB[30] Recht, mit der Annahme, dafs sich das Eosin bei der Belichtung in ein Peroxyd verwandle, welches seinen Sauerstoff an anwesende oxydable Körper, wie Bakterien und Toxine, abgibt.

MORTON[31] erzielte das Gleiche durch interne Verabreichung von Chinin und von Fluorescin, und SORRENTINO[32] teilt mit, dafs man durch Bestreichung des lupösen Gewebes mit dünner Arsenlösung die erkrankten Gewebsschichten für das Eindringen der Lichtstrahlen empfindlich machen könne.

Vielleicht gelingt es durch eine ähnliche Methodik, die Absorption der ultravioletten Strahlen durch die oberflächliche Hautschicht zu hindern und damit dieser Strahlenkategorie den Eintritt in die Tiefe des Gewebes zu bahnen; zurzeit sind wir hinsichtlich dieser Strahlenkategorie darauf angewiesen, Lichtquellen zu suchen, welche nicht die am äufsersten Ende der ultravioletten liegenden Strahlen, sondern jene ultravioletten Strahlen,

---

[27] *Deutsche med. Wochenschr.* 1904.
[28] *Dermatol. Zeitschr.* IV. Heft 10.
[29] *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.
[30] *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.
[31] *Journ. of the Americ. med. Assoc.* April 1905.
[32] *Giorn. ital. delle mal. ven. della pelle.* 1906. Heft 1.

welche dem Violett zunächst liegen und nach BANG[33] besser in die Tiefe dringen, in reichlichem Maſse besitzen. Das an Ultraviolett sehr reiche Eisenlicht erfüllt aber diese Forderung nicht, so daſs diese Lichtqualität nur zu Schälwirkungen dienen kann, die die obersten Hautdecken entfernen, um dem etwa später in Verwendung kommenden Kohlenbogenlicht den Durchgang zu erleichtern (STREBEL)[34]. Die in Gebrauch stehenden Quecksilberdampflampen teilen die Vorteile, aber auch die Nachteile des Eisenlichts; auch ihnen kommt eine verhältnismäſsig geringe Wärmestrahlung, eine starke Hautreizung und eine starke bakterientötende Wirkung, aber auch eine sehr geringe Penetrationskraft zu, welche sie zur Behandlung tiefergelegener Krankheitsherde fast ungeeignet erscheinen läſst. Freilich behauptet KROMAYER[35], daſs die von ihm konstruierten, mit Wasser gekühlten Quecksilberlampen ein Licht geben, dem eine bedeutendere Tieferwirkung zukommt als dem Finsenlicht.

Möglicherweise liegt ein Vorteil dieser wassergekühlten Lampen darin, daſs man sie dem zu bestrahlenden Objekt weit näher bringen kann als die gewöhnliche Quecksilberlampe, und daſs die gröſsere Lichtwirkung durch die zweckmäſsige Konstruktion des Kompressoriums bedingt wird.

Ein weiterer Fortschritt in der Ultravioletttherapie wird durch die Konzentrierung des ultravioletten Lichtes möglich sein; STREBEL konnte zeigen, daſs das Ultraviolettlicht im konzentrierten Zustand viel tiefer reiche als das nicht konzentrierte, und daſs es nicht angehe, Quarzlinsen zur Konzentration zu verwenden, weil dadurch gewisse Abstände von der Lichtquelle bedingt werden; STREBEL empfahl deshalb das Magnaliummetall zur Konzentration des Ultraviolettlichts.

Dabei ist zu bemerken, daſs es noch andere Ultraviolettquellen gibt, deren Tiefenwirkung noch nicht studiert ist; dahin gehören die Entladungen von gröſseren vielplattigen Influenzmaschinen, wie sie in Frankreich zum Betriebe von Röntgenröhren verwendet werden, und die Hochspannungsapparate.

Eine Erwähnung verdient sicherlich auch der Vorschlag von STREBEL, die Lichtheilmethode in die Augenheilkunde einzuführen[36]; auf Grund von Tierversuchen, die er gemeinsam mit v. AMMON anstellte, empfahl er das Ultraviolettlicht bei der Behandlung von Hornhautgeschwüren und der verschiedenen Arten von Conjunctivitis. Besonders dürften sich die Trachome und Hordeola für diese Behandlung eignen.

STREBEL kommt überdies das Verdienst zu, Vorrichtungen ersonnen zu haben, welche die Lichtbehandlung auch in Körperhöhlen möglich

[33] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* Bd. III.
[34] *Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 42.
[35] *Deutsche med. Wochenschr.* 1906. Nr. 10.
[36] *Klinisch-therapeut. Wochenschr.* 1908, Nr. 45.

machen[37]; so behandelt er chronische Gonorrhoe der Urethra und der Cervix uteri mit Vakuumlicht, dem im luftleeren Innenraum eines Rohres durch Wechselströme erzeugten elektrischen Glimmlicht. Es entsteht in der Urethra schon nach einer einzigen Sitzung von 40 Minuten eine Lichtentzündung der Schleimhaut, die durch einige Tage anhält und nach Bedarf neuerlich hervorgerufen wird, bis alle Erscheinungen der Gonorrhoe geschwunden sind. Für akute Gonorrhoe empfiehlt er[38] das Induktionsfunkenlicht. Zur Behandlung der chronischen Erkrankungen der Mund- oder Rachenhöhle (Pharynxkatarrh, Leukoplakie, Rhagaden)[39] hat er fernerhin eine Doppelbogenlampe konstruiert, der er die Eigenschaft zuschreibt, einfache Hyperämie bis zur deutlichen Entzündung zu erzeugen, die eine Verschorfung und Erneuerung des Epithelüberzugs der Schleimhaut herbeiführt und ihm zur Förderung der Resorption anormaler Einlagerungen in die Schleimhaut wie Granula, und zur Resorption von Indurationen dient.

Unsere Kenntnis der Wirkung der ultravioletten Strahlen ist übrigens nicht abgeschlossen; mit der Wirkung auf die photographische Platte und mit den anderen Wirkungen, die wir als chemische bezeichnen, wie sie sich in der Bildung von Wasserstoffsuperoxyd und in der Abspaltung von Sauerstoff darstellen, ist ihre Kraft nicht erschöpft. Sie machen, wie Lenard zeigte, die durchstrahlten Gase durch Jonisierung elektrisch leitend und üben eine stark zerstäubende Wirkung auf feste Körper aus; nach Halbwachs entladen sie negativ geladene Metallflächen und üben so spezifische Wirkungen aus, welche anderen Strahlen nicht zukommen und welche sich mit den chemischen Wirkungen vereinigen.

Andererseits wissen wir heute, dafs chemische Wirkungen nicht blofs den ultravioletten Strahlen eigen sind, sondern auch den roten und sogar den ultraroten Strahlen, wenn auch in bedeutend geringerem Mafse und dafs einzelnen Strahlenkategorien in gelb und in gelbgrün besondere Eigenschaften zukommen. Damit stimmen auch die Anschauungen der Botaniker, dafs die verschiedenen Strahlengruppen eine verschiedene Bedeutung für das Leben der Pflanze haben; nach Sachs bilden die roten und die ultraroten Strahlen die Grundlage der Lebensvorgänge; die gelben und die dem gelb benachbarten Strahlen dienen der Ernährung der Pflanze, da sie die Kohlensäurezersetzung im Chlorophyll bewirken, wodurch organische Substanz gebildet wird; die blauen und violetten Strahlen wirken als Bewegungsreiz, während die ultravioletten Strahlen die blütenbildenden Stoffe in den grünen Blättern erzeugen.

---

[37] *Dermatol. Zeitschr.* XI. S. 74.
[38] *Dermatol. Zeitschr.* XII. S. 793.
[39] *Arch. f. Laryngol.* XIV.

Die Kombination gewisser Strahlenkategorien erscheint demnach vielleicht therapeutisch aussichtsreicher als das Streben nach ausschliefslicher Verwendung einer einzelnen Strahlenart, und aus diesem Grunde dürfte die Verwendung der Effektbogenlampen, in denen geeignete Salze, wie Lithium, Strontium und Fluorcalcium, in den Flammenbogen eingeführt sind, und die das Bindeglied zwischen der reinen Temperaturstrahlung und dem Luminiscenzlichte farbiger Dämpfe darstellen, therapeutisch von Nutzen sein.

Auf einer Kombination von Strahlenkategorien beruht die Chromotherapie, der sicherlich eine ganze Reihe von Heileffekten zukommt; man pflegt sie auch als negative Phototherapie zu bezeichnen, weil sie gerade jene Strahlenkategorien von der Wirkung ausschliefst, welche die als positive Phototherapie zu bezeichnende Finsenbehandlung verwendet. Zu der negativen Phototherapie gehört die Verwendung des roten Lichtes bei Variola, Morbillen, Scarlatina, Erysipel und Noma.

Durch Versuche von Finsen und Dreyer[40] scheint es sichergestellt zu sein, dafs bei der Wirkung des roten Lichts den Wärmestrahlen keine Bedeutung zukommt, und dafs wir es hier mit anderen spezifischen Eigenschaften des durch das rote Filter durchgegangenen Strahlenarten zu tun haben. Chatiniére[41] nahm an, dafs das rote Licht die Widerstandsfähigkeit des Gewebes gegen die Infektion erhöht.

Die günstigen Berichte von Finsen[42] über die Variolabehandlung, von Thymann[43] und von Birkerod[44] über die Scarlatinabehandlung, von Chatiniére und Backmann[45] über die Therapie von Morbilli, von Krukenberg[46] über die des Erysipels und von Sokolow und Motschan[47] über die Heilung der Noma unter rotem Licht, lassen keinen Zweifel daran, dafs wir hier einer ganz eigenartigen Wirkung des Lichts gegenüberstehen, die der richtigen Erklärung noch harrt.

Veiel[48] vermochte schon vor 20 Jahren ein ständig rezidivierendes Ekzema solare durch Verordnung von roten Seidenschleiern zu heilen, und Winternitz[49] behandelte Ekzeme mit Sonnenlicht, indem er die kranken Hautstellen mit roten Tüchern bedeckte. Unna[50] empfahl die

---

[40] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* III. S. 72.
[41] *Presse med.* 1898. Nr. 75.
[42] *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* III. S. 112.
[43] *Hospitals tidende.* 1895. S. 270.
[44] *Ugeskrift for Läger.* 1894.
[45] *Finska läkaresellskapet handlingar.* 1898. S. 486.
[46] *Rev. intern. de thérapie physique.* 1902.
[47] *Arch. f. Kinderheilkde.* 1905. S. 241.
[48] *Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph.* 1887. S. 1114.
[49] *Blätter f. klin. Hydotherap.* 1900.
[50] *Lehrbuch d. allgem. Therapie.* Urban & Schwarzenberg. Bd. III. S. 783.

Behandlung mit rotem und gelbem Lichte bei der chronischen aktinischen Dermatose, dem Xeroderma pigmentosum, indem er zeigte, dafs nachhaltige Besserung bei ständigem Tragen gefärbter Firnisse und bei Aufenthalt in Zimmern mit gelben und roten Fenstern eintrete. Hierher gehört auch die von UNNA geübte Methodik, bei Epheliden, bei Ekzema seborrhoicum und bei Rosacea seborrhoica den hier indizierten Pasten roten Zinnober zuzusetzen.

Den Gegensatz zur Rotlichtbehandlung bildet die namentlich von russischen Ärzten[51] vielfach geübte Blaulichtbehandlung. Ihre Erfolge werden besonders bei Ekzemen und oberflächlichen Hauterkrankungen, sowie bei Neuralgien und Rheumatismus gerühmt. Am meisten verbreitet ist die MININSche Lampe, die aus einer blauen Glühlichtlampe mit einem parabolischen Neusilberreflektor besteht, ihre Wirkungen sind aber nicht Lichtwirkungen, sondern fast ausschliefslich Wärmewirkungen. Anders steht es mit der von KAISER[52] empfohlenen Blaulichtbehandlung von tuberkulöser Erkrankung der Haut und der Knochen; hier ist wirklich eine negative Phototherapie vorhanden, indem das von einer eigens konstruierten Bogenlampe mit Blaulichtkohlen ausgehende Licht durch ein passendes Lichtfilter durchtritt, das aufser einem geringen Quantum von Ultraviolett nur blaues Licht durchläfst.

Wenn wir zum Schlusse noch einmal das Gesamtgebiet der Phototherapie übersehen wollen, so tritt uns FINSENS geniale Energie lebhaft vor das Auge; er war ein Pfadfinder und ein Meister der Arbeit; von ihm geführt, hat sich die Lichtbehandlung einen sicheren Platz in unserem Heilschatz erworben, und auf seinen Schultern stehend, werden wir hoffentlich bald zu jener Lichtheilmethode kommen, welche uns erlaubt, die Vorteile, welche die von FINSEN eingeführte Behandlungsart in langer Zeit nur mit vieler Mühe erringt, in kürzerer Frist zu erzielen. Der Weg ist aber nicht der bis jetzt geübte, nach neuen Lichtquellen zu suchen, sondern die Gewebe in entsprechender Weise vorzubereiten, dafs die Lichtstrahlen ihre physiologische Wirkung entfalten können. Nur in sauerstoffreichen Geweben können die Lichtstrahlen heilend wirken; unsere nächste Aufgabe mufs es somit sein nach Methoden zu suchen, welche die Gewebe sauerstoffreich zu machen vermögen; vielleicht gelingt es auf dem Wege der aktiven oder passiven Hyperämisierung, diese Forderung zu erfüllen; jedenfalls sind meine bisherigen Versuche, durch Inhalation von Amylnitrit eine Anreicherung von Sauerstoff in der zu behandelnden Hautpartie eintreten zu lassen und erst die so vorbereiteten Gewebe dem Lichte auszusetzen, von Erfolg begleitet gewesen.

[51] *Russische med. Rundschau.* 1906. Nr. 4.

[52] *Wien. klin. Rundschau.* 1903. Nr. 16.

Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene.

Von

D. C. Doswald und Prof. D. K. Kreibich.

Die im folgenden zu beschreibenden Versuche verfolgen den Zweck, in einwandsfreier Weise die Frage zu beantworten: Läfst sich in der Hypnose angioneurotische Entzündung suggerieren? Die bis jetzt vorliegenden Versuche haben das merkwürdige Schicksal erlebt, dafs sie zwar nicht bestritten, von vielen aber auch nicht geglaubt wurden; oft war der Experimentator selbst unsicher und vergröfserte das Mifstrauen der anderen. Die Gründe für dieses Verhalten sind naheliegend. Fürs erste ist die Tatsache, dafs auf hypnotischen Auftrag hin höhere vasomotorische Veränderungen entstehen sollen, schon an und für sich fast unglaublich, zweitens ist vielleicht gerade hierin zwischen Echtem, manchmal Simulation unterlaufen.

Jedenfalls käme der exakten Beantwortung dieser Frage, als einer weiteren Stütze einer rein vasomotorischen Entzündung, für deren Existenz einer von uns (Kreibich) mehrfach, zuletzt in ausführlicher Darlegung zahlreicher Versuche[1] eingetreten ist, grofse Bedeutung bei. Auch diese Versuche wurden bis jetzt nicht bestritten, vielleicht von manchen auch nicht geglaubt, auf jeden Fall noch nicht nachgeprüft. Der Grund dafür lag bisher wohl ausschliefslich in der grofsen Seltenheit der geeigneten Fälle, und es ist für unsere Angelegenheit als ein günstiger Zufall zu bezeichnen, dafs es uns gelang, die eingangs erwähnte Frage in einwandsfreier Weise zu bejahen und zwar nicht an Kranken, sondern an vollkommen normalen Personen, so u. a. an einem klinischen Kollegen, für dessen passiv-aktive Mitwirkung wir ihm an dieser Stelle bestens danken.

In der Literatur liegen bis jetzt etwa folgende Experimente vor:

Jendrássik (*Neurologisches Zentralblatt* 1888): Versuchsperson schwere Hysterie. Es entstehen posthypnotische Blasen unter Schreibpapier, durch Aufdrücken einer Zündholzschachtel, Dose, eines Mefszylinders, durch Auflegen eines Buchstabens, und zwar in diesem letzteren Falle auf der symmetrischen nicht gedrückten Stelle im Spiegelbild. Die Blasen hinterlassen Narben.

v. Krafft-Ebing. (Monographie.) Versuchsperson die Jendrássiks, es entstehen posthypnotische Erytheme mit Abhebung der Epidermis, an

[1] C. Kreibich, Die angioneurotische Entzündung. M. Perles. Wien 1905.

der berührten aber auch an der unberührten symmetrischen Stelle. Nach Auflegen eines Metallbuchstabens entsteht unter einem von Prof. LIPP angelegten und versiegelten Kontrollverbande eine Veränderung, die am besten als Pemphigusblase mit Nekrose der Blasenbasis aufzufassen ist.

RYBALKIN suggerierte Verbrennungsblasen.

FOCACHON unter Kontrolle BERNHEIMS Vesikansblasen unter Briefmarken.

PAALEN suggerierte Brandblasen durch Andrücken eines kalten Schlüssels, ferner halbseitige Hyperämie des Gesichtes bei einer schweren Hysterie.

Hyperämie suggerierten weiter BEAUNIS, MYERS, FOREL; Blutungen BOURRU und BUROT, BEYOU, MABILLE.

v. SCHRENCK-NOTZING stellte Versuche bei einem gesunden nicht hysterischen Dienstmädchen an, deren Resultate aber LOEWENFELD nicht für einwandfrei hält, weil die Kontrollverbände verschoben waren, die Blasen nicht an der suggerierten, sondern an anderer Stelle auftraten und weil unter dem Gipsverband der Versuch negativ ausfiel. Mit Rücksicht auf diesen Fall hält v. SCHRENCK-NOTZING auch die Versuche von JENDRÁSSIK, v. KRAFFT-EBING, RYBALKIN, FOCACHON u. a. nicht für beweisend, da bei der Durchführung derselben nicht alle zur Verhütung von Täuschungen erforderlichen Vorkehrungen getroffen wurden, und er gelangt zur Ansicht, dafs „die Behauptung sogenannter suggestiv erzeugter Vesikation bis jetzt keineswegs mit wissenschaftlicher Gründlichkeit erwiesen ist."

Fast ähnlich skeptisch verhält sich FOREL gegen seine eigenen Versuche, soweit sie Blasenbildung bezweckten, und zwar aus dem naheliegenden Grunde, weil er die Versuchsperson bei den positiven Versuchen nicht kontrollierte, bei Kontrolle aber die Versuche negativ ausfielen. Vollständig überzeugt von der Echtheit ist er nur bezüglich einer suggerierten Quaddel, weil dieselbe fünf Minuten nach der Suggestion unter seinen Augen entstand. Zweifellos machen auch seine anderen Versuche, Blasenbildung unter Etikettenpapier, den Eindruck des Echten, doch halten auch wir, wie FOREL selbst, die nachträgliche Kontrolle für unerläfslich. Wie die Kontrolle in dem Falle WETTERSTRANDS, den FOREL mitteilt, beschaffen war, geht aus dem Literaturauszug LÖWENFELDS nicht hervor. Es traten zwei Brandblasen bei einem Epileptiker nach Suggestion nach acht Stunden auf.

Fafst man demnach das gesamte Material zusammen, so bleibt nur ein Versuch CHARCOTS unbezweifelt. Hier handelte es sich aber nicht um Blasenbildung und Entzündung, sondern um gelungene Suggestion des blauen Ödems, also eines dem Morbus RAYNAUD verwandten Zustandes.

Uns lag es nicht so sehr an einer Wiederholung dieser Versuche, als

vielmehr an der definitiven Beantwortung der Frage, ob die Phänome echt sind, und über vasodilatorische Hyperämie (flüchtiges Erythem) und vasodilatorisches Ödem (Quaddel) hinaus bis zur angioneurotischen Entzündung i. e. bis zu der durch denselben Nervenimpuls bewirkten entzündlichen Gefäfswandschädigung mit zelliger und entzündlicher Exsudation fortschreiten. Aus diesen Gründen konnten wir uns auf die bis jetzt beschriebenen Versuche nicht stützen, da bei denselben keine anatomischen Untersuchungen vorgenommen wurden. Die folgende Beschreibung wird zeigen, dafs die anatomischen Veränderungen allein schon hinreichen können, um die Verläfslichkeit dieser Versuche zu verbürgen.

Dafs unsere Versuchspersonen geistig normal waren, ist auch aus dem Grunde ein günstiger Zufall, weil dadurch eine Nachprüfung nicht blofs dieser Versuche, sondern der ganzen Materie leicht möglich ist. Die Zahl der Personen, die leicht hypnotisiert werden können, ist keine so kleine und unter diesen geben wieder einige die Phänome.

Notwendig scheint nach unserer bisherigen Beobachtung Intelligenz und eine gewisse Labilität der Vasomotoren bei der Versuchsperson zu sein. Die bisherigen Versuche wurden meist bei hysterischen Personen angestellt. Der Umstand, ob die Versuchsperson hysterisch oder gesund ist, ist für die Sache selbst gleichgültig, nicht so sehr für die Ausführung und für das Vertrauen, welches der Versuch erwecken soll.

Hinderlich für das Vertrauen ist die Sucht zur Simulation bei Hysterischen. Nun kann sich allerdings der Experimentator leicht von der Echtheit der Hypnose überzeugen, und es frägt sich, ob nicht die Hypnose und der hypnotische Auftrag das beste Mittel zur Entlarvung vermuteter Simulation ist, aber der fremden Beurteilung wird dies nicht genügen und der Experimentator wird gerade diesen Versuchspersonen gegenüber — von Kranken, die mit den Versuchen nicht einverstanden sind, ist hier vollkommen abgesehen — jenen Vorgang einschlagen müssen, den wir auch bei unseren zwei entscheidenden Versuchen einschlugen und den wir für ein vollkommen einwandsfreies Experiment für unerläfslich halten, — die suggerierte Hautstelle vom Erwachen aus der Hypnose bis zum Eintritt des Phänomens entweder nicht aus dem Auge zu lassen oder nach aufsen so zu schützen, dafs eine Berührung oder äufsere Beeinflussung der Stelle vollkommen ausgeschlossen ist. Erst jetzt, wenn der Experimentator vollstes Vertrauen zur Echtheit seines Versuches hat, kann er es auch von anderen verlangen. Auch in dieser Frage beweist nur der positive Versuch, und der negative Ausfall ist kein Gegenbeweis. Unter diesen Voraussetzungen und in diesem Sinne haben wir unsere Versuche angestellt und berichten wir über je einen Kardinalversuch bei zwei Versuchspersonen, wobei wir die Versuche, die demselben vorausgegangen sind, dessen Beschreibung kurz voraussetzen:

A. Herr Dr. U., klinischer Assistent, erweist sich als leicht hypnotisierbare Versuchsperson, welche prompt posthypnotische Aufträge der verschiedensten Art ausführt. Er besitzt zarte weifse Haut und lebhafte Vasomotoren. Es wird ihm Berührung mit einem brennendem Zündholz an zwei Stellen des rechten Vorderarmes suggeriert, die Stellen werden mit der Holzseite des Zündholzes leicht berührt. Er zuckt während der Hypnose zusammen. Nach dem Erwachen brennen die Stellen, nach etwa einer halben Stunde hat sich daselbst ein deutliches Erythem ausgebildet, am nächsten Tage sind daselbst zwei Blasen entstanden, welche peripher pigmentierte Narben hinterlassen.

In einer zweiten Sitzung wird eine Stelle des rechten Vorderarmes mit kaltem Zündholz berührt, auf eine zweite Stelle wird ein Zinkpflaster als Vesikanspflaster suggeriert, eine Stelle des Oberarmes wird mit dem Rande eines Kartenblattes mit dem Auftrage überfahren, es soll dort ein umschriebenes Ekzem entstehen, eine Stelle der Oberlippe wird leicht berührt mit der Suggestion, es soll dort ein Herpes labialis sich ausbilden. Nach dem Erwachen bilden sich an allen Stellen blofs zarte Hyperämien aus, die sich dann zurückbilden. Herr Dr. U. bemerkt, „er sei mit seinem ganzen Arm nicht sehr zufrieden," da es an den verschiedensten Stellen entweder jucke oder brenne, und zwar nicht blofs am Vorderarm, der bislang zu den Versuchen benutzt wurde, sondern diesesmal auch am Oberarm. Etwa nach einer Stunde fährt Herr Dr. U. einigemale mit der Hand zur Oberlippe und meint, dafs auch hier etwas geschehen sein müsse. Tatsächlich ist die Stelle der Oberlippe etwas röter und leicht gedunsen, die Schwellung war am nächsten Tage stärker und es bildete sich später eine Kruste aus. In einer dritten Sitzung fiel der typische Brandblasenversuch negativ aus, und erst nach einer gewissen Pause gelang unter Zuhilfenahme tieferer Hypnose der Hauptversuch: Herr Dr. U. wird unter Beisein eines dritten Kollegen hypnotisiert durch Zählen bis 15, mit dem entsprechenden Auftrag in tiefen Schlaf versetzt, eine Stelle auf dem linken Vorderarm wird mit einem Holzstäbchen leicht berührt und es wird der Versuchsperson die eindringliche Suggestion eingegeben, dafs an dieser Stelle so rasch als dies möglich sei, eine Blase entstehen werde. Nach dem Erwachen wird die suggerierte Stelle von den Anwesenden nicht mehr aus dem Auge gelassen, sie wurde während der ganzen Zeit von niemand berührt und es trat an ihr nun folgendes auf. Nach drei Minuten ist die Stelle und die nächste Umgebung zart rosenrot gerötet, nach weiteren drei Minuten lockert sich im Ausmafs der berührten Stelle die Epidermis, nach Ablauf weiterer drei Minuten hat sich die Epidermis zu einer dünnwandigen, schlappen, etwa linsengrofsen Blase erhoben. Die Blase wird nach 48 Stunden exzidiert, ihre unmittelbare Umgebung ist gerötet, die Blasendecke ist erhalten, nicht eingerissen.

Die anatomische Untersuchung ergibt folgenden Befund:

Die Blase ist ihrem Wesen nach eine kolliquative. Die Nekrose des Epithels setzt an den Rändern nicht scharf gegen das gesunde ab, sondern verbreitert sich allmählich von oben nach abwärts; gegen die Mitte zu ist auf mehrere Millimeter Ausdehnung die Kernfärbung im Epithel vollkommen erloschen, die Zelle gleichmäfsig eosinrot, kolliquiert. Gröfstenteils haftet dieses so beschaffene Epithel an der Cutis fest oder ist nur an einigen Stellen ganz wenig gelockert. Dasselbe ist dicht von polynukleären Leukocyten durchsetzt. Über die ganze Gegend zieht die klinisch wahrgenommene Blasendecke hinweg, sie besteht nur aus den obersten Epithelschichten und zeigt ebenfalls keine Kernfärbung. In der Cutis deutliche Zeichen der Entzündung, kleinzelliges Infiltrat längs der Gefäfse und im Papillarkörper. In der Mitte der Blase in den Cutispapillen ebenfalls die Kernfärbung erloschen und die Zeichnung vollkommen verwischt, also Symptome der Nekrose. Es liegen somit Veränderungen vor, wie sie für die neurotische Hautgangrän charakteristisch sind und unserer Überzeugung nach in folgender Weise zustande kommen. Vasodilatorische Hyperämie und anämisierendes Ödem des Papillarkörpers mit konsekutiver Nekrose des Epithels und teilweise auch der Cutis in der Mitte des Anämiekegels; zugleich entzündliche Schädigung der Gefäfswand. — Die Blase wurde absichtlich erst nach zwei Tagen exzidiert, weil uns die früheren Erfahrungen belehrten, dafs dann die Entzündung auf ihrer Höhe angelangt ist und Bakterien bis zu dieser Zeit erfahrungsgemäfs in kolliquative Blasen noch nicht eingedrungen sind. Tatsächlich fanden sich in zahlreichen Schnitten keine Bakterien, die Entzündung entsprach auch keiner durch Bakterien erzeugten, wohl aber der angioneurotischen, wie wir sie aus unseren früheren Versuchen her kannten. — Dafs es übrigens zur Entzündung kommen mufs, ergibt sich schon aus dem Umstande, dafs Nekrose vorhanden ist, und sind wir in der Lage, den Befund in dieser Richtung durch den zweiten Versuch zu ergänzen, bei welchem die Blase absichtlich schon nach zwölf Stunden exzidiert wurde, die Anatomie fast die gleiche, die Entzündung aber intensiver war.

B. J. G., Wärterin, nicht hysterisch, erweist sich als leicht hypnotisierbare Versuchsperson. Sie litt bis vor zwei Jahren an neurotischer Hautgangrän, seither treten nur nach warmen Bädern oder nach schweren psychischen Erregungen fleckenförmige Rötungen und hier und da Quaddeln auf; an ihr wurden seinerzeit die zahlreichen Versuche über vasomotorische Entzündung vorgenommen; sie wurde früher niemals hypnotisiert und es wird durch Hypnose ihre vollständige Verläfslichkeit festgestellt. Auf Berührung mit der Holzseite des Zündholzes entsteht etwa eine Stunde nachher eine weit ausgebreitete Hyperämie, die berührte Stelle selbst wird anämisch blafs (Ödem des Papillarkörpers) und am nächsten Tage fand

sich daselbst eine rote Stelle, über welcher die Epidermis leicht ablösbar war und die unter Hinterlassung einer Narbe ausheilte. Nachdem auch in einem zweiten Versuch mit gleichem Resultat die Hyperämie erst nach einer Stunde auftrat, wurde der Hauptversuch in folgender Weise vorgenommen: Tiefe Hypnose und Suggestion, dafs nach der Berührung mit einem brennenden Zündholz so rasch wie möglich eine Blase entstehen wird. Der Auftrag wird in der Hypnose nicht so präzis aufgefafst wie von Herrn Dr. U., Versuchsperson zuckt nicht auf Berührung mit dem kalten Zündholz. Die suggerierte Stelle an der Innenfläche des linken Oberarmes kommt in einen komplizierten Kontrollverband. Es wird über den Oberarm eine feste, steife, nicht eindrückbare Pappdeckelröhre gezogen und dieselbe wird über dem Ellenbogen und unter der Achsel mit blauen Binden fixiert. Vorher kommen in die Röhre eine bestimmte, nur dem Experimentator bekannte Anzahl von Porzellankugeln, die durch Antrocknung eines nicht reizenden chemischen Körpers eine bestimmte Farbenreaktion geben. Die blaue Binde wird immer an der gleichen Umschlagstelle mit einem Tintenstift gezeichnet. — Nachmittags 4 Uhr wird der Verband kontrolliert, er ist vollkommen intakt, die blaue Binde schneidet über dem Ellenbogen und unter der Achsel ein und es wird deshalb der Verband abgenommen, die zur Kontrolle beigegebenen Porzellankugeln sind vollzählig vorhanden. Das Phänomen ist bereits vorhanden. Um die berührte Hautstelle herum ist in der Ausdehnung einer Krone die Haut gerötet, eine sehr zarte Rosafärbung in der weiteren Umgebung zeigt, dafs die ursprüngliche Hyperämie noch ausgedehnter war. In der Mitte des roten Fleckes ist etwa erbsengrofs die Haut gelblichweifs, blafs, blutleer, die Abblassung rührt vom Ödem des Papillarkörpers her. Derselbe Verband wird wieder erneuert und am nächsten Tage, also 24 Stunden nach der Suggestion abgenommen. Die Hyperämie des kronengrofsen Fleckes ist eine deutlichere, anscheinend entzündliche, die Mitte desselben deutlicher abgeblafst, dabei etwas eingesunken, — Exzision.

Anatomisch ergibt sich der typische Befund jenes Zustandes, den wir bei der Beschreibung der neurotischen Gangrän als dilatatorisches Erythem bezeichnet haben. Im Bereich der ganzen Stelle die Epidermis mit der Cutis in Verbindung, nirgends zur Blase abgehoben, in der Epidermis die verschiedensten Grade der Epithelnekrose. Diese verschiedenen Stadien des Zelltodes grenzen scharf aneinander und beweisen, dafs das anämisierende Ödem verschieden stark eingewirkt hat. In den Zellen kehren alle jene Veränderungen wieder, die wir bei der neurotischen Gangrän ausführlich beschrieben haben. Partienweise ist jede Kernfärbung erloschen, die ganze Zelle eosinrot, daneben eine Lage, wo nur die obersten Zellen gefärbt sind, die Basalzellen nekrotisch sind, dann wieder ein Abschnitt, wo sämtliche Kerne eine

tröpfchenförmige Auflösung zeigen, andere Partien zeigen wie in Zosterblasen Epithelriesenzellenbildung, endlich finden sich in der Mitte zwei nebeneinander gelegene Stellen, welche den Kanten des Zündholzes entsprechen könnten, woselbst das Epithel nur durch eine oder zwei Reihen, merkwürdigerweise deutlich gefärbter Zellen repräsentiert ist. Unter diesen Stellen in der Cutis deutliche Nekrose bereits in Übergang zur Gerinnung, so dafs dort die Papillen eine homogene, anscheinend hyaline, kernlose Masse darstellen. Diese hat offenbar nach aufwärts gedrängt, die Epithelzellen komprimiert in die Länge gezogen und die beginnende Vertrocknung hat die weitere Verdünnung besorgt. Sonst fanden sich in der Cutis die Zeichen einer heftigen Entzündung mit reichlicher zelliger Exsudation, und zwar fast stärker in den tieferen Partien der Cutis propria gegen das Fettgewebe zu. Das vorwiegend die Gefäfse verfolgende Infiltrat besteht meist aus polynukleären Leukocyten, häufig mit eosinophylen Granula.

Aus diesem anatomischen Befund geht ohne weiteres folgendes hervor: Die geronnene Epidermis haftet überall an der Cutis fest, ein Eindringen von Bakterien ist nicht erfolgt, könnte auch nicht schon die Ursache der heftigen, bis zur Subcutis reichenden Entzündung sein. Die Entzündung ist somit fortgesetzte Nervenwirkung, die anfangs dilatatorische Hyperämie und Ödem, später Gefäfswandschädigung bewirkt. Selbst für den Fall, als kein Kontrollverband gemacht worden wäre, geht aus diesem Befunde ohne weiteres hervor, dafs er nicht durch Ätzmittel, nicht durch traumatische Berührung hervorgerufen werden kann, und dafs der Zustand keine gewöhnliche Urticaria factitia ist. Die Blasen beider Versuchspersonen sind ihrem Wesen nach gleich, es kommt vor der Abhebung der Epidermis zur Nekrose derselben, eventuell auch zur Nekrose der Cutis. Die Blasen bedürfen längerer Zeit zur Heilung und hinterlassen Narben. — Damit ist die eingangs gestellte Frage in einwandsfreier Weise bejaht und es ergeben sich daraus etwa folgende Deduktionen.

Es ist möglich, durch hypnotischen Auftrag Blasenbildung mit Entzündung zu erzeugen. Die Entzündung ist eine angioneurotische, sie entsteht durch indirekte „postreflektorische“ Reizung des Sympathikus, wohl vorwiegend durch Reizung der Vasodilatatoren. Im obigen Versuch stellt der psychische Vorgang den afferrenten Reiz des Reflexes dar, er ist in bezug auf seine Wirkung den sensiblen Reizen von der Hautoberfläche aus gleichzustellen.

Bei der ersten Versuchsperson bildete sich eine Blase bereits nach zehn Minuten, diese Exsudation kann noch keine entzündliche sein, sie mufs durch vasodilatatorischen Nerveneinflufs bedingt sein, diese Blase ist der Cutisquaddel gleichzustellen, und ist wie diese die Folge einer nervösen Sekretion der Kapillaren.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1906.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Hoffmann demonstriert einen schwarzbraunen Affen, Cercocebus fuliginosus, in dessen Gesicht (Stirn, Nase, Wangen) ein **Pigmentverlust nach Syphilisimpfung** (Sklerose und serpiginöse Rezidive) eingetreten ist; Bilder von Spirochäten in den Nebennieren eines syphilitischen, an Tuberkulose gestorbenen Mannes, Photographien und Präparate. Besonders massenhafte Spirochäten im Ausstrich der Durchschnittsstelle einer ganz frischen, exzidierten Sklerose.

2. Brüning demonstriert einen Mann mit **Echinococcus der Harnorgane.** Seit 1902 bestehen Schmerzanfälle in der Seite, während deren sich Echinokokkenblasen entleeren. Anfangs traten sie mit mehrere Monate langen Zwischenräumen ein, in letzter Zeit häufiger. Cystoskopisch besteht eine Erweiterung der rechten Uretermündung. Ob es sich um einen Echinococcus der Niere oder einen ins Nierenbecken durchgebrochenen Echinococcus eines benachbarten Organs (etwa der Leber) handelt, konnte bisher nicht entschieden werden.

Diskussion: Manasse berichtet einen ähnlichen Fall, in dem durch Operation eine grofse Menge (mehrere Liter) Echinokokkenflüssigkeit entleert wurde. Cystoskopisch war das Ureterende fingerdick erweitert, auch wurde einmal das Durchtreten einer Blase gesehen. Tod einige Zeit nach der Operation, keine Obduktion. Holländer berichtet, dafs unter mehr als 1000 Echinococcusfällen in Argentina 22 Nierenechinokokken beobachtet worden seien; von diesen heilten 17 nach Eröffnung und Drainage aus. Die Operation ist in jedem Falle geboten, schon wegen der Möglichkeit, dafs der Wurm an andere Stellen metastasiert. So ist es nach Trauma experimentell gelungen, an der verletzten Stelle eine Echinokokkenmetastase zu lokalisieren.

3. Held demonstriert einen jungen Mann mit **Lupus follicularis** des Gesichtes.

Diskussion: Lesser und Saalfeld bestätigen die Diagnose; letzterer hat einen Fall unter der Anwendung von Kantharidin verschwinden sehen.

4. Jacobsohn demonstriert einen Mann, welcher seit 1901 an einer von den Unterschenkeln heraufsteigenden, zurzeit an der Grenze von erstem Lumbal- und letztem Dorsalsegment endenden Hautveränderung leidet. Die Haut ist derb und gerötet, zum Teil mit Venektasien. An den Fufsrücken besteht ausgebildete Sklerodermie. Es handelt sich um einen ins Gebiet der **Sklerodermie** gehörenden Fall, bei dem das fertige sklerodermatische Stadium am wenigsten und nur stellenweise zur Ausbildung gekommen ist. Lokalisation und Form der Hautveränderung bestätigen die Anschauung, dafs es sich um eine Angiotrophoneurose handle (Lewin und Heller).

Diskussion: Blaschko weist darauf hin, dafs die ausgedehnten vasomotorischen Veränderungen (Cyanose) eine flächenhafte Erscheinung zuwege gebracht habe, die sonst nur als schmaler Ring die Morphoeaherde umgibt, so dafs es sich hier gewissermafsen um einen die ganze Extremität einnehmenden Lilacring handle. Pinkus hält den Fall für das Vorstadium einer idiopathischen Hautatrophie, deren Verbindung mit der Sklerodermie durch das regelmäfsige Vorkommen von sklerodermieartigen Plaques am Fufsrücken und den Malleolen fast in allen Fällen an-

gedeutet wird. Aufser dieser sklerotischen Fufshautveränderung ist hier von Sklerodermie nichts zu sehen. Es wäre daher der Fall eher der Pickschen Erythromelie als der Sklerodermie einzuordnen. Saalfeld und Ledermann sind derselben Ansicht. Entgegen Jacobsohn sieht Ledermann in dem fünf Jahre langen Verlauf keine Hinderung für das Nochnichtzustandekommen einer Atrophie. Heuck berichtet über die Verbindung von Sklerodermie mit vorgeschrittener Hautatrophie. Den hier vorgestellten Fall, in dem von Atrophie nichts zu sehen ist, rechnet er ins Gebiet der Sklerodermie. Blaschko findet keine Hautatrophie, sondern vielmehr eine Verhärtung, vielleicht sogar eine Hypertrophie der Cutis.

5. Dreyer demonstriert ein 16jähriges Dienstmädchen mit **bullöser Eruption** am linken Vorderarm und Handrücken; Ätiologie vermutlich artefizielle Erzeugung.

6. Hollstein demonstriert eine ganz entsprechende **Blaseneruption**, scharf geradlinig abgegrenzt, an der rechten Wange eines 17jährigen Mädchens. Sie rezidiviert seit zwei Jahren alle zwei bis sechs Wochen. Dabei besteht Fehlen des Konjunktival- und Rachenberührungsreflexes, ausgedehnte Hautanästhesie. Die Art der **artefiziellen Erzeugung** konnte in beiden Fällen noch nicht festgestellt werden.

Diskussion: Blaschko fügt für den zweiten Fall hinzu, dafs ein gewisser Grad von Dermographismus besteht. Die Erzeugung von Rezidiven durch Suggestion, durch einen festen Verband hindurch, wie sie bei abnormer vasomotorischer Hautbeschaffenheit möglich ist (Kreibich), gelang hier nicht.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 82. Oktober 1906. Heft I.

I. **Über originäre Kuhpocken beim Menschen**, von E. Vollmer. Eine 18jährige Kuhmagd melkte eine Kuh, welche an einer Entzündung des Euters litt, sodafs die Hände der Magd beim Melken voll Blut und Eiter waren. Es entstanden auf der Haut des rechten Handrückens und des Rückens der rechten Handwurzel warzenartige Erhebungen, die sich vermehrten, juckten und auf die linke Hand übergingen. Die Pusteln waren den Impfpusteln ähnlich, alle hatten eine zentrale Delle, die Farbe livid rot. Die Pusteln wurden mit dem Paquelin gebrannt und vernarbten schnell. Später entwickelte sich ein erythemartiger Ausschlag auf der Haut von Brust und Rücken. Ähnliche Fälle beobachtete Mauke.

II. **Über tumorbildenden Lupus**, von Wilhelm Heuck-Berlin. Die klinische Eigenart des tumorbildenden Lupus besteht neben der Gröfse und der polsterartigen Konsistenz in seiner bei makroskopischer Betrachtung scharfen Abgrenzung gegen die Umgebung bei auffallend geringer Tendenz zum Weitergreifen auf das benachbarte Gewebe und zur degenerativen Metamorphose. Die histologische Struktur zeigt das charakteristische Bild des tuberkulösen Gewebes mit aufserordentlich grofsen und zahlreichen Riesenzellen. Tuberkelbazillen wurden in mehreren Fällen in nur vereinzelter Anzahl, in anderen nicht gefunden. Über die Art der Infektion läfst sich keine allgemein gültige Theorie aufstellen. In einigen Fällen finden sich Gefäfstuberkel aufser Zusammenhang mit den Tumormassen, die eine metastatische Verschleppung von einem entfernt gelegenen Herd aus vortäuschen können, die aber durch örtliche Verschleppung innerhalb arrodierter Venen erklärbar sind. Weshalb

der Tuberkelbacillus in diesen selten zur Beobachtung kommenden Lupusfällen ganz lokalisiert und solch tumorartig proliferierenden, aufserordentlich widerstandsfähigen Erhebungen des typisch tuberkulösen Gewebes anregt, dafür ist auch bei Berücksichtigung des histologischen Bildes eine ausreichende Erklärung nicht zu geben, es werden da wohl in erster Linie die angeborenen und erworbenen individuellen Verhältnisse des Organismus verantwortlich zu machen sein.

III. **Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi**, von S. B. Selhorst und M. E. Polano-Haag. Ein einschlägiger Fall mit histologischer Untersuchung. Der Spindelzellentumor ist aufgebaut aus Zellenbündeln, welche Bündel um die Kapillargefäfse angeordnet sind. Die Gefäfswandzellen zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit den Tumorenparenchymzellen. Es handelt sich also um einen Tumor, in welchem Parenchym und Struma aus derselben Materie stammen, ein histioid Gebilde, ein Spindelzellensarkom.

IV. **Untersuchungen über Spirochaeta pallida**, von Alfred Kraus-Prag. Untersucht wurden Scleroses initiales, bei denen sich unter 9 Fällen nur dreimal Spirochaeta pallida in den Ausstrichpräparaten fanden, ferner Lues condylomatosa 31 Fälle, bei denen sich meist pallida fand und Lues gummosa mit absolut negativem Resultat. Bei vier hereditär Luetischen fanden sich dreimal pallida. Zur Kontrolle wurden dann verschiedene Hautleiden, wie Condylomata acuminata, Carcinom, Pemphigus, Impetigo usw. untersucht, bei keinem fand sich pallida.

V. **Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa**, von Bohac-Prag. Man unterscheidet drei Typen von Urticaria pigmentosa:

1. Typus Unna: Beginn im frühesten Kindesalter. Mastzellentumor.

2. Typus Róna: Beginn im späteren, nicht bestimmten Alter. Disseminierte Mastzellen.

3. Typus Jadassohn: Beginn in frühester Jugend. Nur spärliche disseminierte Mastzellen.

Der von B. beschriebene Fall dagegen zeigt bei Beginn der Erkrankung im späteren Alter neben disseminierten Mastzellen auch den typischen Mastzellentumor Unnas. Er ist also exceptionell.

VI. **Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur kongenitalen Syphilis**, von A. Buschke und W. Fischer-Berlin. Aus den umfangreichen Untersuchungen geht hervor, dafs sich in der Tat die gesamten Erkrankungsformen der frischen angeborenen Syphilis in ätiologischer Beziehung durch die Spirochaeta pallida erklären lassen. Vor allem sprechen die Massenhaftigkeit der Parasiten und ihre Beziehungen zu den pathologischen Veränderungen dafür. Von Interesse sind auch einige Punkte bei der aquirierten Lues, z. B. die histiologische Lagerung der Spirochaete. Sie finden sich im Lumen von Blut- und Lymphgefäfsen, in der Wand kleinerer und gröfserer Lymph- und Blutgefäfse. Das syphilitiche Infiltrat kann zahlreiche Spirochäten enthalten, aber auch in Primäraffekten ganz frei von ihnen sein oder nur spärliche Individuen haben. Dagegen finden sie sich in der Peripherie des Infiltrats nach der gesunden Nachbarschaft hin auch im benachbarten Epithel und zwar interzellulär. Auffallend ist auch das reichliche Vorhandensein in gröfseren Bindegewebsbalken zwischen den Fasern. Auch in den Lymphdrüsen und den inneren Organen bei hereditärer Syphilis sind die gröberen Bindegewebszüge in den Organen besonders oft von Spirochäten durchsetzt.

Bei einem Falle, bei dem es sich um einen geschlossenen, mehrere Monate alten Primäraffekt handelte, und das Exanthem eben erschienen war, fanden Verfasser auf Serienschnitten keine Spirochäten, trotzdem der Primäraffekt vollkommen auf der Höhe war. Von einem typischen gummösen Syphilid der Oberschenkelhaut gelang es

bei einem Makaken, einen ausgedehnten Primäraffekt zu erzielen, ein Beweis, daſs auch Gummata noch ansteckungsfähig sein können.

VII. **Ein Fall von Lymphangiektasie mit Lymphorrhoe**, von O. Müller-Dortmund. Auf Fabrys Abteilung wurde ein Fall von Lymphangiektasia scroti circumscripta et Elephantiasis femoris sinistri verbunden mit Lymphorrhoe beobachtet, den Müller eingehend beschreibt.

VIII. **Therapeutische Mitteilungen aus der Hautkrankenabteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt am Main**, von Karl Herxheimer.

1. Über ein neues Silberpräparat zur Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe. Es handelt sich um eine Silberseife, die bei 2500 Fällen angewendet wurde und zwar wurde folgende Methode angewendet.

a. Täglich mehrmalige Scheidenausspülungen mit schwachen Kaliumpermanganatlösungen 0,5 : 1000.

b. Zweimal täglich eine Injektion einer Argent. nitr.-Lösung 1 : 3000 in die Harnröhre.

c. Tägliches Auswischen der Urethra mit einer watteumwickelten und in eine einprozentige Silberseifenlösung getauchten Playfairsonde oder mit so armierten Sängerschen Stäbchen.

Die Resultate waren sehr zufriedenstellend.

2. Über Perborate. Bei der Behandlung der Cervikalblennorrhoe bewährte sich als schleimlösendes Mittel das Natriumperborat und Zinkperborat. Die Perborate sind absolut ungiftig. Das Zinkperborat wurde in 2 bis 25prozentiger Salbe beim Ekzem angewandt, das Natriumperborat bei Akne des Gesichts und Hyperhidrosis. Das Präparat dürfte noch von anderen Seiten weitergeprüft werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatsberichte für Urologie.

XI. Band, 9. Heft.

I. **Echinococcus der Niere und dessen Diagnostik**, von G. J. Baradulin-Moskau. Ein jetzt 45jähriger Mann leidet seit seinem 16. Lebensjahre ab und zu unter Schüttelfrost an Schmerzen in der rechten Lumbalgegend; er verspürt bei der Harnentleerung einen schneidenden Schmerz und gibt ein- bis zweimal jährlich mit dem Harn Bläschen ab. Objektiv ist in der rechten Seite des Abdomens eine undeutlich begrenzte Geschwulst von der Gröſse des Kopfes eines neugeborenen Kindes zu fühlen. Im Harnniederschlag werden zahlreiche körnige Cylinder, epitheliale Cylinder und Leukocyten gefunden. Der Fall kam zur Operation; die rechte Niere wurde inzidiert, worauf sich aus ihr zahlreiche Echinokokkenblasen von verschiedener Gröſse, ganze sowohl wie zerrissene, entleerten.

Die Probepunktion der Geschwulst ist kein ungefährlicher Eingriff, weil sie eine bisweilen starke Blutung hervorrufen kann, und weil man, wenn der Echinococcus in Eiterung übergegangen ist, die Bauchhöhle infizieren kann. Für die Diagnose des Nierenechinococcus führt der Verfasser folgende Momente an:

1. Langsame und sukzessive Entwicklung der Geschwulst, ihre runde Form und ihre Unbeweglichkeit bei den Atembewegungen, Fluktuation und beschränkte passive Beweglichkeit der Geschwulst.

2. Das Fehlen von Schmerzen, von Fieber und Harnveränderungen.

3. Der Abgang von Echinokokkenblasen mit dem Harn unmittelbar nach einem Schmerzanfall in der Lumbalgegend; würde ein Abgang von Blasen mit einer Verringerung der Nierengeschwulst einhergehen, so würde dies ein pathognomisches Merkmal abgeben.

II. **Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz**, von T. Poyntz Wright-Hunts (England). Auf Grund der Beobachtung zweier Fälle von Impotentia coeundi, bei welchen die geschlechtliche Funktion durch Einnahme von Muiracithin vollkommen geregelt und normal wurde, glaubt der Verfasser, Muiracithin in allen denjenigen Fällen empfehlen zu können, in denen eine Abnahme der geschlechtlichen Fähigkeit infolge nervöser Begleitumstände festzustellen und eine organische Verletzung auszuschliefsen ist.

III. **Über einen Fall von inkompletter Ureterenverdoppelung**, von P. Wulff-Hamburg. Bei einem 30jährigen Mädchen, das seit vielen Jahren über Schmerzen in der linken Seite klagt, ist der Urin trübe eitrig, ohne dafs bei der Miktion Beschwerden bestehen. Die Untersuchung stellt einen Tumor der linken Lumbalgegend fest, der zweifellos der Niere angehört. Die Cystoskopie ergibt eine normale Blase. Nach Einführung des Ureterenkatheters in die linke Seite tropft eine dickeitrige Flüssigkeit aus dem Katheter langsam heraus. Bei höherem Einschieben des Katheters spürt man einen Ruck, und es fliefst anstatt des Eiters eine vollkommen wasserklare Flüssigkeit ab, die aufser Spuren von Albumen keine abnormen Bestandteile enthält. Für einen in den Ureter durchgebrochenen Beckenabscefs besteht kein Anhalt; die vorgenommene Operation bestätigt die Vermutung, dafs der vesikal einfach mündende Ureter sich oberhalb seiner Einmündung in zwei Teile gabele und dafs der eine Arm des gabelig geteilten Ureters einem gesunden, der andere einem in Eiterung übergegangenen Nierenteil entspräche. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1906.

Granulosis rubra nasi (Jadassohn). Ein weiterer Beitrag von J. M. H. Macleod. Die Granulosis rubra nasi, von welcher M. den nun von ihm beobachteten zweiten Fall beschreibt und eine Übersicht über die (15) anderen Fälle aus der Literatur gibt, ist eine spezielle Affektion der Nase im Kindesalter, charakterisiert durch ständige Hyperidrosis der Haut des knorpeligen Teiles, verbunden mit diffuser Röte und kleinen entzündlichen Papeln an der Öffnung der Schweifsdrüsen. Die Nase fühlt sich im allgemeinen, trotz der Röte, kalt an und ist feucht von der ständigen Schweifsabsonderung; in manchen Fällen sind aufser den rotbraunen Maculae und Papeln auch kleine Bläschen, welche einen Tropfen klarer heller Flüssigkeit enthalten, vorhanden. Die Affektion beginnt allmählich in früher Kinderzeit und hält, mehr oder weniger unbeeinflufst durch Behandlung, Hitze und Kälte, bis zur Pubertät an, wo sie allmählich wieder verschwindet. Das Geschlecht scheint keine Rolle zu spielen: 17 von den 30 Fällen kamen bei Knaben und 13 bei Mädchen vor. Die Jahreszeit resp. Temperatur hat ausgesprochenen Einfluſs auf manche Fälle, indem bei extremer Hitze oder sehr kaltem Wetter die Affektion besonders hervortritt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Rosacea und Acne vulgaris; besonders Lupus vulgaris kann mit der Granulosis nasi verwechselt werden: bei letzterer verschwinden aber die Papeln unter dem Diaskop, ist keine Neigung zu Ulceration vorhanden, aber vor allem die Hyperidrosis usf. Die Behandlung kann beinahe nur in einer allgemein symptomatischen bestehen: Lebertran, Eisen, frischer Luft, guter Ernährung. Von den lokalen Mitteln haben nur Skarifikationen Erfolg, sind aber meist nicht notwendig, da das Leiden eine ausgesprochen gute Prognose hat und spontan zur Pubertätszeit verschwindet.

Ein Fall von Dermatitis repens, von E. E. Meade und W. T. Freeman. Bei einem 22jährigen, etwas anämischen, aber sonst gut entwickelten Mädchen trat

ein kleines Bläschen auf der Vorderseite des rechten Vorderarms auf und war von intensiver Röte umgeben; am folgenden Tage bot der Vorderarm alle Erscheinungen von Erysipel, wobei rasch die ganze Vorderfläche von der Röte ergriffen wurde, geschwollen war und glänzendes Aussehen hatte. Die Röte ging nun weiter auf Oberarm, auf den Hals und dann auch auf dessen rechte Seite, den rechten Ober- und Vorderarm über, hier wieder am Handgelenk nach zwei bis drei Tagen Halt machend. Die je zuerst ergriffenen Stellen wurden immer blässer und zeigten Blasen und Bläschen mit klarer, strohgelber Flüssigkeit. Das Allgemeinbefinden war hierbei ein gutes, kein Fieber u. dgl., subjektiv nur während der letzten zwei Tage Beschwerden (Jucken) vorhanden. Drei Wochen nach Abheilung dieses Prozesses trat infolge einer Verletzung am rechten Daumen ein erneuter ganz ähnlicher und wiederum vier Wochen nach Heilung des letzteren ein dritter Anfall dieser „fortkriechenden" Dermatitis auf. Die Mutter des Mädchens, welche es pflegte, wurde am linken Bein von einem ganz ähnlichen Ausschlag befallen. Die wirksamste Behandlung, die speziell bei dem zweiten und dritten Anfall mit Erfolg zur Anwendung kam, war die lokale Applikation von 20 %iger Ichthyolsalbe.

Die opsonische Behandlung mancher Hautkrankheiten, von George Pernet und J. Lemare Bunch. (Fortsetzung folgt.)

Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten, speziell in bezug auf gewisse Angioneurosen, von S. Ernest Dove-Cantab. (Fortsetzung folgt.)

Stern-München.

The Journal of Cutaneous Diseases including Syphilis.

September 1906.

Dermatologie als Untersuchungsfeld, von B. Hartzell - Philadelphia. In diesem Vortrag, welchen H. als Präsident der 30. Versammlung amerikanischer Dermatologen (Cleveland, O., 31. Mai bis 2. Juni 1906) zur Einleitung hielt, hebt er hervor, dafs die Haut ein sehr geeignetes Feld zur Untersuchung von allen möglichen Krankheitszuständen, aber im Vergleich zu den übrigen Fortschritten der Wissenschaft ziemlich vernachlässigt worden sei. Manche Probleme über Carcinom u. a. scheinen H. speziell in der Sphäre des Dermatologen zu liegen, der gelegentlich beobachtete Antagonismus zwischen allgemeinen und Hautkrankheiten — Verschwinden der letzteren z. B. bei Typhus — sollte mehr Aufmerksamkeit verdienen; die Bakteriologie der Haut bietet für dazu Geschickte ein grofses Feld der Untersuchung: wir wissen wenig oder nichts Bestimmtes über die Flora der Haut, und bevor diese Kenntnis nicht mehr gefestigt ist, kann auch der Anteil, welchen die Mikroorganismen bei Hautkrankheiten spielen, nicht genau festgestellt werden. Die Zugehörigkeit der akuten Exantheme zur Dermatologie möchte H. noch besonders betonen, denn dieses Kapitel würde von den Dermatologen nicht entsprechend gewürdigt, und schliefslich drückt er den Wunsch aus, der Dermatologe möge etwas weniger Spezialist und mehr allgemein praktischer Arzt sein.

Die Entwicklung multipler, aufeinander folgender syphilitischer Veränderungen und die Pathologie der Syphilis, von Robert W. Taylor-New York. Im Gegensatz zu der früher herrschenden Ansicht, dafs der harte Schanker immer nur als einziges Geschwür, der weiche aber zum Unterschied hiervon multipel vorkäme, ist man in den letzten Jahren immer mehr zur Überzeugung gekommen, dafs auch der syphilitische Primäraffekt in der Mehr- oder Vielzahl sich zeigen könne, ja in über 25 % der Fälle die Statistik letztere Art zeigte. In klinischer Beziehung kann das Vorkommen von sich aufeinanderfolgenden Schankern auf gleichzeitige oder

spätere Infektion von einer einzigen Stelle, was wir Autoinfektion nennen, zurückzuführen sein oder in anderen Fällen auf Infektion von einem anderen syphilitischen Individuum, so daſs die Vergiftung auf zwei Quellen zurückzuführen ist (Heteroinfektion). Den schlagendsten Beweis für solche Fälle sieht man bei gesunden Frauen, welche die Brust ein oder auch zwei syphilitisch infizierten Kindern reichen: hier sieht man nicht selten multiple, aufeinanderfolgende Schankergeschwüre, eine Folge der Infektion exkoriierter Papillen. In den (sechs) von T. beobachteten Fällen multipler Schankergeschwüre war die Entwicklung der meisten nachfolgenden eine ebensolche wie die des zuerst erschienenen Schankers; die Zwischenzeit betrug 5, 10, 15 bis 30 Tage und in einem Falle sogar 42 Tage. Bei den mikroskopischen Untersuchungen, welche T. anschlieſsend an diese Fälle vornahm, fand er, daſs hauptsächlich die gröſseren Venen verändert sind und besonders durch diese das Gift in den Körper verbreitet wird. Das Gift verursacht in den Gefäſsen spezielle Veränderungen und verbreitet sich entlang denselben mit erstaunlicher Geschwindigkeit; T. ist daher der Überzeugung, daſs Syphilis durch noch so frühzeitige und ausgiebige Exzision des harten Schankers nicht ausgerottet werden kann; das Gewebe des ganzen Penis sei schon in ganz frühem Stadium von diesen infizierten Gefäſsen gleichsam übersät. T. bespricht schlieſslich noch andere, nicht häufige Erscheinungen, welche dem Primäraffekt folgen und nicht Sekundärerscheinungen zu nennen sind und hauptsächlich Hauteruptionen, wie Roseola, Erythema, auch Drüsenschwellungen bestehen. Diese Fälle gehörten in dieselbe Kategorie, wie die aufeinanderfolgenden Schankergeschwüre und seien deutliche Zeichen einer frühen Infektion des ganzen Organismus, vielleicht sei der Ausgangspunkt solcher Prodromalveränderungen eine leichte Verletzung oder irgendein lokaler Reiz.

In der folgenden Diskussion (auf der 30. Versammlung amerikanischer Dermatologen) führt Corlett an, es sei ihm nichts Ungewöhnliches, daſs zuweilen zwei und drei typische Initialsklerosen vorkämen; was aber die anderen von T. erwähnten Fälle von multiplen, aufeinanderfolgenden Geschwüren betreffe, so habe er sie nie als multiple Schankergeschwüre, sondern eher als infolge von Eiterinfektion auftretende Erscheinungen angesehen.

Auch G. Klotz hält diese Unterscheidung zwischen „Coaptations“ und aufeinanderfolgenden Schankern für notwendig.

Ein Fall von Lichen spinulosus, von John T. Bowen-Boston. Der Fall von Lichen spinulosus oder pilaris, bei einem 19jährigen Mann beobachtet, ist wegen des Alters des Patienten bemerkenswert, da Lichen pilaris meist nur im Kindesalter vorkommt. Subjektive Symptome waren nicht vorhanden, das Allgemeinbefinden nicht gestört; die Behandlung (rein lokal mit Salicylvaselin usf.) sehr erfolgreich.

Alopecia congenita, von Jerome Kingsbury-New York. K. beobachtete selbst drei Fälle dieser seltenen Art der Alopecie bei drei Schwestern im Alter von zehn, acht und fünf Jahren und kommt auf Grund dieser Beobachtungen und der einschlägigen Literatur zu folgenden Schlüssen. Die häufige Koinzidenz von Annomalien der Haare, Nägel, Zähne und der Haut, zusammen mit dem hereditären Charakter vieler Fälle, deuten auf tiefsitzende Anomalien gewisser Gewebe, welche intrauterinen Ursprungs sind; die Tatsache, daſs das Epiblast allein hierbei befallen ist, spricht für eine Affektion dieses Gebildes während der ersten Monate des intrauterinen Lebens. Die mikroskopischen Befunde lehren in manchen Fällen die Möglichkeit, daſs die embryonale Schicht der Haarfollikel eine vollständige und frühe Hemmung der Entwicklung eingeht, in anderen Fällen aber, daſs die natürliche Entwicklung der Haare zu verschiedenen Zeiten ganz oder teilweise Stillstand macht. Bei der groſsen Verschiedenheit der Fälle müssen die Fragen bezüglich Prognose und Behandlung mehr oder weniger

unbeantwortet bleiben; die Diagnose sollte im allgemeinen eine leichte sein, denn es kommen nur Typen erworbener Kahlheit, speziell die charakteristische, durch X-Strahlen bewirkte Form zum Ausschluſs. Die Prognose wird durch die Anamnese (Familiengeschichte) und in gewissem Grade durch die mikroskopische Untersuchung beeinfluſst. Bei der Häufung des nun vorliegenden Materials ist, obwohl einige Heilungen angeborener Alopecia vorkamen, nun allgemein die Aussichtslosigkeit in der Behandlung der Mehrzahl dieser Fälle anerkannt. Trotzdem sollte man bei dieser Affektion nicht jede Behandlung von vornherein ausschlieſsen und besonders gegen irgendwie zugrunde liegende Allgemein- oder Lokalkrankheiten therapeutisch vorgehen. Literaturverzeichnis und eine Tafel mit Illustrationen. *Stern-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1906. Heft 9.

1. **Die modernen Ansichten über kongenitale Syphilis**, von W. A. Newman Dovland-Philadelphia.

2. **Syphilis des Nervensystems**, von Uranus O. B. Wingate-Milwaukee.

3. **Nasensyphilis**, von Charles M. Robertson-Chicago.

4. **Syphilitische Erscheinungen am Anus und Rektum**, von John L. Jelks-Memphis. Bei der Behandlung der Rektumsyphilis glaubt der Verfasser von der innerlichen Verordnung von Quecksilber bei der Allgemeinbehandlung abraten zu müssen wegen des entzündlichen Reizes auf die Schleimhäute und empfiehlt deshalb Inunktionen oder Injektionen. Zur Ausspülung des Rektum verwendet er Jodoform- oder Ichthyolemulsionen mit Olivenöl.

5. **Syphilitische Augenerkrankungen**, von John A. Donovan-Butte. Fast jeder Fall interstitieller Keratitis und Dreifünftel aller Fälle von Iritis sind syphilitischen Ursprungs, wenn auch nicht immer die Krankheitsgeschichte Hinweise auf Lues enthält.

6. **Rachensyphilis**, von Harrison Griffin-New York.

7. **Dauer und Heilungsmöglichkeit der Syphilis**, von John A. Robison-Chicago. Der Syphilitiker ist niemals vor der Möglichkeit neuer Ausbrüche seines Leidens sicher. Seine Lebensdauer ist herabgesetzt. Für den internen Arzt, welcher meist nur viscerale Lues zur Behandlung bekommt, ist die Prognose dieser Krankheit gewöhnlich trübe.

8. **Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung der Blennorrhoe mit Balsamika**, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. Empfehlung des von Vieth-Ludwigshafen dargestellten Santyl, des Salicylsäureester des Sandelöls.

1906. Heft 10.

1. **Beitrag zur Chirurgie der Ureteren**, von M. R. Barker-Chicago. Bei einem Patienten war durch eine Röntgenaufnahme ein Stein im Ureter nachgewiesen. Bei der Operation ergab sich, daſs der Stein in einer Ureterschlinge lag. Dieser Teil des Ureters wurde reseziert; die getrennten Ureterenden wurden durch doppelte, laterale Anastomose vereinigt.

2. **Die Diagnose der chronischen Urethralleiden**, von P. Duncan Littlejohn-New Haven.

3. **Die Behandlung der Pyelitis**, von William S. Gordon-Richmond.

4. **Der Rassenfaktor in Beziehung auf das Vorherrschen der Syphilis unter den Einwohnern der Inseln unter dem Winde**, von W. J. Branch-St. Kitts. Die Urbewohner, die Cariben, sind fast ganz ausgerottet, die weiſse Rasse wird durch das Überwuchern der Mulatten und Neger zurückgedrängt. Die Einfuhr von Chinesen

und Indiern beeinflufst nicht wesentlich die Rasseneigentümlichkeiten der Bevölkerung. Unter der Landbevölkerung herrscht allgemein Polyandrie oder Polygamie. Damit hängt die Häufigkeit des Vorkommens von Syphilis und Tuberkulose zusammen. Aufser kongenitaler Syphilis kommen auch sehr oft Primäraffekte bei kleinen Kindern vor. Die Kindersterblichkeit ist grofs.

5. **Primäre Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes**, von JOHN NOLAND MACKENZIE-Baltimore.

6. **Symptome kongenitaler Syphilis im Kindesalter**, von ALFRED HAND-Philadelphia.

7. **Augensyphilis**, von FRANK W. MILLER-Los Angeles.

8. **Kongenitale Syphilis; ihre Diagnose und Behandlung**, von THERON WENDELL KILMER-New York. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band II, Heft 18.

1. **Subkutane Ruptur der Niere, ihr Mechanismus**, von L. SUAREZ-Buenos Aires.

2. **Über die Cystotomia suprapubica bei kleinen Kindern**, von PACHECO MENDÈS-Bahia. M. hat bei einem fünf Monate alten Knaben wegen Blasensteins die Sectio alta mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt. Die Naht hielt gut, die Wunde heilte per primam, drei Tage nach der Operation konnte der eingelegte Verweilkatheter entfernt werden.

Die Sectio perinealis ist bei kleinen Kindern nach Ms. Ansicht nicht zu empfehlen.

3. **Metastatischer Prostataabscefs und Hämoglobinurie nach einer diffusen Phlegmone des Vorderarms, plötzlicher Tod**, von E. LEGRAIN. Bei einem 30jährigen Arbeiter entstand nach einer Stichverletzung am Daumen der rechten Hand eine diffuse Phlegmone des Vorderarms; der Mann war im Walde ferne von jeder menschlichen Ansiedelung beschäftigt und konnte, durch tiefen Schnee eingeschlossen, erst nach drei Wochen ärztliche Hilfe aufsuchen. Während die Phlegmone durch energische operative Eingriffe zum Stillstand und zur Besserung gebracht wurde, bildete sich ein Prostataabscefs, der während der Einführung eines Katheters aufbrach; der Eiter enthielt Streptokokken und den Bacillus perfringens. Verabreichung von Salol in einer Tagesdosis von 1,0 führte zum Auftreten einer starken Hämoglobinurie. Diese verschwand, als das Salol weggelassen wurde, um mit neuerlichem Gebrauche von Salol wiederzukommen; sie erschien aber nicht wieder, als der Patient mehrere Stunden vor dem Salol 1 gr. Calcium chloratum nahm. Das Allgemeinbefinden besserte sich ziemlich rasch, der Kranke starb aber plötzlich während eines Spazierganges; über die Todesursache teilt L. nichts mit. — Dafs der Prostataabscefs eine Metastase der Vorderarmphlegmone darstellte, unterliegt keinem Zweifel. Im übrigen ist der Fall ein Beweis für die Richtigkeit der Anschauung, dafs Einwirkung von Kälte eine Prädisposition für das Auftreten von Hämoglobinurie und Prostataabscessen schafft.

Heft 19.

1. **Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Niere bei experimenteller Infektion mit Trypanosoma Brucei**, von JUNGANO.

2. **Angeborene Verengerung der Urethra, Inkontinentia diurna, Urethrotomia interna, Heilung**, von STEFANESCO GALATZI-Sassy. G. konstatierte bei einem achtjährigen schwächlichen Knaben, der noch andere Mifsbildungen an den Genitalien, eine hochgradige Phimose, Verwachsung des Präputiums mit der Glans, Kryptorchismus und

die gewöhnlich nur bei Hypospadie vorkommende, eigentümliche Krümmung des Penis nach abwärts aufwies, in der Pars anterior urethrae eine ziemlich enge Striktur, die zweifellos kongenital war und als Folge einer Entwicklungshemmung aufgefaßt werden mußte. Der Junge war seit drei Jahren tagsüber, wenn er sich rasch bewegte, spielte, lief, vollständig inkontinent, während er in der Ruhe, insbesondere auch bei Nacht den Urin immer halten konnte. G. beseitigte die Striktur durch eine Urethrotomia interna. Nach der Operation entleerte er mit dem Katheter 180 g Residualharn; dabei zeigte sich, daß die Blase fast gar keine Kontraktilität besaß, denn nur, solange von außen auf das Hypogastrium gedrückt wurde, floß Urin durch den Katheter ab. An die Urethrotomie wurde eine Dilatationskur angeschlossen; die Einführung der Bougies ließ erkennen, daß der Sphinkter vollständig schlaff und funktionsuntüchtig war. Nach der Operation wurde der Knabe vollständig kontinent und ist es in den seither vergangenen sieben Monaten auch geblieben; doch mußte anfänglich bei den Miktionen stets durch Druck von außen nachgeholfen werden, und nur allmählich stellte sich ein gewisser Grad von Blasenkontraktilität ein. Wenn der Junge nur beim Gehen, Laufen usw. inkontinent gewesen war, so erklärt sich das daraus, daß infolge der fehlenden Blasenkontraktilität und der Schlaffheit des Sphinkters durch die bei stärkeren Bewegungen auftretenden Kontraktionen der Bauchmuskeln der Harn aus der Blase ausgepreßt wurde.

3. **Radiographische Irrtümer bei der Untersuchung auf Harnsteine,** von Deroux-Saint Omen. Wiedergabe der sehr interessanten Krankengeschichte einer 38jährigen Hysterica, bei der einige Krankheitssymptome das Vorhandensein eines Steines in den oberen Harnwegen wenigstens möglich erscheinen ließen. Eine photographische Röntgenaufnahme zeigte etwas nach außen vom gewöhnlichen Verlaufe des Ureters einen eiförmigen Schatten, den auch eine fünf Tage später von anderer Seite gemachte Aufnahme erkennen ließ. D. entschloß sich daher zur Operation, fand jedoch nicht die Spur eines Steines. Die vagen klinischen Erscheinungen allein hätten D. sicher nicht zur Operation veranlaßt. — Der Fall beweist, daß die klinische Untersuchung durch die Anwendung der Röntgenstrahlen in ihrer Bedeutung und ihrem Werte nichts verloren hat, und daß die Untersuchung mit Röntgenstrahlen doch nur eine allerdings sehr wertvolle Unterstützung für die klinische Untersuchung bildet.

4. **Ruptur der vorderen Blasenwand infolge Falles auf den Rücken vom dritten Stockwerk herab; Operation, Heilung,** von P. Alglave. Das Wesentliche der Mitteilung As. ist bereits in der Überschrift gesagt. *Götz-München.*

Annales des maladies vénériennes.

Band I. Heft 3. Oktober 1906.

I. **Onychomalacia syphilitica,** von Edmund Fournier. Verfasser beobachtete zwei Fälle einer außergewöhnlichen Nagelerkrankung, ebenso wie sein Vater einen dritten Fall gesehen hatte, der mit den von Edmund F. geschilderten übereinstimmte. Die Ursache des Leidens ist sicher Syphilis. Es handelt sich um eine Art Erweichung der Nägel, welche langsam fortschreitet und jeglicher Behandlung trotzt, auch gegen spezifische Therapie vollständig unbeeinflußt bleibt. Die Affektion ist schmerzlos und wird anfangs von den Kranken kaum bemerkt. Allmählich wechseln die Nägel ihre Farbe und verlieren die Härte; sie fühlen sich an wie Kautschuk oder elastischer Gummi, die Oberfläche ist unregelmäßig mit Leisten versehen. An der Spitze scheint der Nagel direkt in die Haut überzugehen, ebenso an der Wurzel. Jedenfalls handelt es sich um eine seltene syphilitische Nagelerkrankung, gegen welche die Therapie machtlos ist.

II. **Beweise für die Entwicklung des Treponema pallidum im Körper der Menschen und der Menschenaffen**, von HALLOPEAU-Paris. Das Auftreten der verschiedenen Erscheinungen bei der Syphilis kann sich nur erklären durch eine ständige Verwandlung und Umformung des Treponema. Der Einfluſs des Wechsels des Ortes am Körper kann diese Tatsachen nicht erklären. Die einzige Erklärung für die Verschiedenheit der Läsionen liegt in der Umwandlung verschiedener Toxine. Wenn sich diese Produkte verändern, müssen sich auch notwendig die verursachenden Parasiten verändern. Es ist wünschenswert, die Veränderungen festzustellen, denen der Syphilisparasit unterliegt, aber nicht nur an Primäraffekten, sondern auch an sekundären und tertiären Lueserscheinungen. Diese Veränderungen sind nicht bedeutend, denn alle Syphilome, welche man Gesunden einimpft, lassen an den Geimpften noch typische Treponemen erkennen. In allen den Syphilomen vermehren sich die Parasiten auf der Stelle, was man als Intrainokulation bezeichnen kann. Dieser Vorgang beherrscht die ganze Pathogenie der Krankheit, er steht im strikten Gegensatz zu der angenommenen Unmöglichkeit, daſs die speziellen Läsionen sich durch Autoinokulation entwickeln. Man muſs diese Versuche der Autoinokulation auf Mensch und Affe fortsetzen, sollten dieselben fortgesetzt negativ ausfallen, wie es bisher der Fall war, so ist es am wahrscheinlichsten, daſs die lokalen Proliferationen einer toxischen Durchtränkung des Gewebes unterworfen sind, welches aus dem Initialaffekt stammt. Die Experimente über diese Fragen sind noch nicht abgeschlossen und müssen fortgesetzt werden.

III. **Diskussion über den Bericht über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der französischen Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften auf dem Kongreſs zu Lyon im August 1905**, von CARLE-Lyon. Verfasser bespricht vor allem den Bericht von MAUQUAT, er erinnert an die bisher getroffenen Präventivmaſsregeln und kritisiert ihre guten und schlechten Seiten und schlägt eventuelle Verbesserungen vor. MAUQUAT hat die Grundlagen und die Prinzipien der Prophylaxe in zwei Kapiteln geschildert, er teilt die Art der Prophylaxe ein in moralische, soziale, sanitäre und legale. Dieser Einteilung schlieſst sich auch CARLE an, indem er zeigt, was bisher schon auf diesem Gebiete geleistet ist, was augenblicklich im Werden ist und was in Zukunft noch geschehen muſs, besonders auch von seiten des Staates. In Bezug auf die moralische Prophylaxe legt C. den Hauptwert auf die Aufklärung des Volkes über die Geschlechtskrankheiten und deren Bedeutung durch Ärzte. In bezug auf soziale Prophylaxe spricht er zugunsten der Erziehung und des Schutzes der Minderjährigen, während er sanitär die unbeschränkte Behandlung aller Geschlechtskranken ohne Einschränkung durch Kassenverbote und ähnliche Hinderungen fordert. Der letzte Teil bespricht die Aufgaben des Staates und der Polizei und die administrative Prophylaxe, die Prostitution, die Zuhälter usw. Der Schluſs gilt den Einzelheiten der ärztlichen Maſsregeln gegen Tripper und Syphilis. Verfasser faſst seine Ansichten etwa so zusammen:

1. Er fordert absolute Freiheit für die weiblichen Wesen in und auſser dem Hause, soweit sie nicht in schamloser Weise verletzend wirkt.

2. Die Frau geht frei auf der Straſse, sie sucht sich ihren Liebhaber unter dem Schutz von anständigen Männern. Sie muſs aber überwacht werden und im Notfall, wenn sie sich frech benimmt, verhaftet werden. Die Gesetze gegen das Straſsengewerbe, gegen die Kuppler, können leicht in richtiger Weise einwirken.

3. Handelt es sich um minderjährige Weiber, so müssen dieselben vor einen Spezialgerichtshof gebracht werden, welcher sie entweder den Eltern zurückführt oder dafür sorgt, daſs sie in eine Erziehungsanstalt kommen. Angesteckte Minderjährige kommen ins Krankenhaus, und man schreibt die Zeit der Erkrankung auf in ein

eigenes Buch, welches die Polizei behält. Grofsjährige sollen, wenn sie gesund sind, ebenfalls vor einen Gerichtshof gebracht werden, welcher versuchen soll, moralisch einzuwirken respektive strafend vorzugehen. Kranke Volljährige sind ebenfalls in bestimmte Heilanstalten zu bringen und im Falle, dafs es sich um Syphilis handelt, auch nach der Entlassung noch drei Jahre lang zu überwachen.

Man schont auf diese Weise so viel wie möglich die persönliche Freiheit der Einzelnen, macht die Prostituierten nicht rechtlos und schützt die Menschheit gegen Krankheiten, soweit es geht.

IV. **Über Kalomelsalbe**, von Gaucher-Paris. Die Kalomelsalbe, direkt nach dem Coitus eingerieben, ist nach Gauchers Beobachtungen absolut nicht imstande, eine eventuelle syphilitische Ansteckung zu verhüten, wie G. schon früher betonte. Ein neuer Infektionsfall, trotz sofortiger Einreibung der Salbe, beweist auch jetzt wieder, dafs G. recht hat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1906. Bd. VI, Nr. 16.

Elektrische Behandlung der Hypertrichosis, von Chanoz-Lyon. Verfasser hält, wie viele andere auch, diese Methode für die einzige wirklich rationelle. Er verwendet eine feine, am Ende abgerundete Nadel, die er sich selbst anfertigt, einen Strom (negativ) von höchstens 5 M.-A. und keine Anästhetika. Mehr als 60 bis 120 Haare in einer Sitzung zu entfernen, ist für die Augen des Operateurs eine grofse Anstrengung. (*Journ. des Méd. pract.*)

Die intrarektale Applikation von hochfrequenten Strömen bei Pruritus analis, von Laplaze. Beim idiopathischen Pruritus und bei dem Vorhandensein von Hämorrhoiden gibt diese Methode gute Resultate. Auch bei Fissura ani ist sie am Platze. Gewöhnlich sind vier bis acht Sitzungen nötig, um eine volle Wirkung zu erzielen. (*Journ. de Méd. de Paris.* 1906.)

Epithelioma cutis und Radiotherapie. Technik. Heilung bei fünf Fällen, von Suquet. Die Technik, welcher S. den Vorzug gibt, lautet folgendermafsen: In der ersten Sitzung läfst man eine Strahlendosis einwirken, welche der Färbung B des Radiometers X von Sabouraud und Noiré entspricht, was ungefähr 5 Holzknecht gleichkommt. Wenn nach 15 oder (bei sehr zarter Haut) 18 Tagen keine merkliche Reaktion eingetreten ist, werden wieder 5 H. appliziert, und dann wird in der gleichen Weise von 18 zu 18 Tagen fortgefahren. Gewöhnlich genügen für einen mittelgrofsen Tumor fünf oder sechs Sitzungen. (*Echo méd. des Cévennes.* Febr. 1906.)

Nr. 17.

Enthält nichts, das zum Referieren geeignet wäre.

Nr. 18.

Die Behandlung von Teleangiektasien mit Sublimatkollodium, von Bonne. B. behandelte einige Fälle von Teleangiektasien mit Aufpinselung von 4%igem Sublimatkollodium. Der Hauptvorzug des Verfahrens ist seine Einfachheit und Schmerzlosigkeit, namentlich wenn man die umgebende Haut durch eine vorher aufzutragende Schicht von reinem Kollodium deckt. Nach etwa 14 Tagen findet man beim Abheben der Kollodiumdecke gewöhnlich eine fein granulierende Fläche ohne Gefäfserweiterungen. Die entstehenden Narben sollen glatt und wenig auffällig sein.

Pigmentierung der Kopf- und Barthaare durch Röntgenstrahlen, von A. Imbert und H. Marquès. Der eine der Verfasser hatte bemerkt, dafs seine sonst fast völlig weifsen Barthaare sich allmählich wieder zu färben anfingen, nachdem er sich einige Zeitlang mit Röntgenbehandlungen beschäftigt hatte. Diese Pigment-

formation an den Haaren war so intensiv, dafs sie allgemein bemerkt wurde, und erreichte einen höheren Grad, als ursprünglich bestanden hatte. Eine Bestätigung dafür, dafs diese Erscheinung auf das Röntgenlicht zurückzuführen war, sehen Verfasser in einer anderen Beobachtung bei einem 55jährigen Manne mit Lupus der linken Wange, der mit Radiotherapie behandelt wurde. Man hatte ohne Schirm bestrahlt; um das Ohr herum fielen die Haare prompt aus, wuchsen aber bald wieder in stärkerer Form und auffallend schwarz von Farbe; die weiter entfernt gelegenen Haare, so am Schnurrbart, fielen nicht aus, sie zeigten aber auf der bestrahlten Seite eine ganz ausgesprochene Dunkelfärbung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.
1906. Heft 8.

I. **Interessante Beobachtungen während des Jahreskurses 1905—1906,** von Grossmann.

1. **Bullöse und gangränöse Trophoneurose.** Bei einer 20jährigen Muselmanin traten, nachdem sie an der Hand, um Wanzen zu vernichten, Karbolsäure angewendet hatte, unter brennenden Schmerzen erythematöse Flecken und Blasen auf. Die Blaseneruption wiederholte sich in den folgenden Monaten jedesmal zur Zeit der Menstruation und war stets von leichter Temperatursteigerung und einem Gefühl von Zerschlagenheit begleitet; dabei litt die Patientin an hartnäckigen Neuralgien. Gr. konstatierte acht Monate nach dem ersten Beginn der Affektion auf dem Rücken der rechten Hand und am rechten Vorderarm weifse anästhetische Flecken, gangränöse Stellen und gröfsere und kleinere Blasen; es handelte sich um eine bullöse und gangränöse Trophoneurose.

2. **Aktinomykose des Samenstrangs.** Bei einem 60jährigen Manne entwickelte sich am rechten Samenstrange eine Geschwulst, die langsam nach der Schenkelbeuge zu wuchs. Nach $3^1/_2$ Monaten erweichte das Zentrum des Tumors, bei einer Probepunktion entleerte sich serös-sanguinolente Flüssigkeit. In den folgenden $3^1/_2$ Monaten wurde die Geschwulst immer flacher, und Gr. fand bei der Untersuchung an der inneren Partie der rechten Schenkelbeuge die Haut und die darunter liegenden Gewebe sowie den Samenstrang hart infiltriert; die Haut wies kleine Wulste auf und war stellenweise blau verfärbt. Aus einer vom Samenstrang ausgehenden Fistel entleerte sich Eiter, der charakteristische Aktinomyceskörnchen enthielt.

3. **Heilung eines varikösen Unterschenkelgeschwüres, der sich unmittelbar das Auftreten eines generalisierten Ekzems anschlofs.**

4. **Primäraffekt, auftretend 50 Tage nach einem Coitus.** Ein 25jähriger Mann kam zwei Tage nach einem Coitus wegen Typhus ins Spital, in dem er $1^1/_2$ Monate blieb; wenige Tage nach seiner Entlassung zeigte sich ein beginnender Primäraffekt.

5. **Hartes Ödem des Penis, wahrscheinlich verursacht durch eine Phlebitis.** Bei einem 45jährigen Manne entwickelte sich ohne äufserlich wahrnehmbare Ursache ein starkes, hartes Ödem des ganzen Penis; nicht nur Haut und Unterhautzellgewebe, sondern auch Corpora cavernosa schienen ödematös durchtränkt zu sein, das Volumen des Gliedes war bedeutend vergröfsert: seine Cirkumferenz mafs 18 cm, bei 24 cm Länge. Die Leistendrüsen waren nur wenig geschwollen. Als Gr. den Mann untersuchte, bestand das Ödem schon fünf Monate nahezu unverändert; er kann sich sein Auftreten nur durch eine Phlebitis erklären.

6. **Xanthom beider Oberlider bei Mutter und Tochter.**

7. **Vitiligo mit leichter Anästhesie.** Bei einem 31jährigen Manne fand Gr. auf den Wangen, auf der Stirne und auf beiden Handrücken Vitiligoflecken, die seit

zwei Jahren bestanden und eine leichte Anästhesie erkennen liefsen. Obwohl der Mann niemals in einem Lande gewesen war, in dem Lepra vorkommt, und auch sonst keine Erscheinungen von Lepra darbietet, so erscheint es doch möglich, dafs es sich bei ihm um Lepra handelt.

8. **Leukokeratose der Zunge bei einem Psoriatiker.** Bei einem Psoriatiker, der Nichtraucher war, entwickelten sich auf der Zunge drei circumskripte Leukoplakien. Obwohl sich keine Anhaltspunkte für Syphilis fanden, wurde doch eine Quecksilberkur durchgeführt und Jodkalium in grofsen Dosen gegeben, beides mit völlig negativem Erfolge.

9. **Kreisförmiger oberflächlicher Favus der Epidermis, untermischt mit typischen Favusscutulis, über den ganzen Körper verbreitet** bei einem Katzenzüchter; nach Angabe des Patienten hatte die Affektion vor einem Jahre an den Armen und Händen begonnen.

10. **Sklerodermieherd in unmittelbarer Nähe eines varikösen Unterschenkelgeschwüres** bei einem 40jährigen Koch; das Geschwür bestand seit mehreren Jahren, die Morphoea soll vor einigen Monaten nach einer Verletzung der betreffenden Stelle aufgetreten sein.

11. **Nasenbluten und Purpura infolge von Jodgebrauch.** Bei einem 38jährigen Manne, bei dem zahlreiche Lymphdrüsen sehr stark geschwollen waren, das Blut jedoch keinerlei Veränderungen erkennen liefs, wurde eine Jodkur eingeleitet; nach fünf Tagen trat Nasenbluten auf und zwei Tage später zeigten sich an den Extremitäten und auf der Mund- und Rachenschleimhaut Purpuraflecken, die nach dem Aussetzen des Jods verschwanden, um nach einmaliger Verabreichung der Jodmedizin wieder zu erscheinen. — Die Drüsenschwellung faſste Gr. als „lipomatöse Umwandlung der Drüsen" auf.

12. **Weicher Naevus, eine kongenitale Elephantiasis vortäuschend.** Bei einem elf Monate alten Kinde fand Gr. die ganze Cirkumferenz des linken Unterschenkels in einer Breite von etwa 6 cm rot verfärbt, die Oberfläche dieser Partie verrukös, die Haut stark verdickt, weich und mit Wulsten versehen; Drüsenschwellung bestand nicht. Der ganze linke Unterschenkel war viel dicker als der rechte. Es handelte sich um eine pseudoelephantiastische Verdickung, die ihren Ursprung in einem weichen Nävus hatte. Die Mutter des Kindes hatte am rechten Unterschenkel einen fast cirkulären Pigmentnävus.

13. **Urtikarielle und papulöse Dermatose der oberen Extremitäten, wahrscheinlich blennorrhoischen Ursprungs** bei einem 40jährigen Manne. Die Hautaffektion trat acht Tage nach dem Beginne einer Blennorrhoe auf, sie besserte sich, als diese besser wurde, verschwand aber erst nach 14 Tagen. Der Patient hatte kein Balsamica genommen, Verdauungsstörungen irgendwelcher Art waren nicht vorhanden.

II. **Beitrag zur Frage der Sarkoide (Boeck), respektive der subkutanen nodulären Tuberkulide (Darier)**, von Max Winkler. Aus dem Deutschen (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Band 77. Heft 1) übersetzt von René Martial. Referat siehe Band 41, Seite 487 der *Monatshefte*.

Heft 9.

1. **Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen**, von P. Minassian-Venedig. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin**, von E. Ricklin. Der Artikel wird fortgesetzt.

Götz-München.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Juli 1906.

I. **Über eine schuppende, pigmentierte, kreisrunde Hautaffektion,** von J. Töyama.

II. **Zur Spirochätenfärbung im Syphilisgewebe,** von T. Tanaka.

III. **Bericht über den fünften Kongrefs der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft** am 4. April 1906 in Tokio. Auf demselben wurden nachfolgende Vorträge gehalten:

1. Sakurow-Osaku: Über die Hauttuberkulose.
2. Miyata-Tokio: Ein Fall von Lupus vulgaris mit Tierversuch.
3. Mesijasu-Tokio: Ein Fall von Lupus vulgaris entwickelt aus Pharyngealschleimhaut.
4. Aoki-Tokio: Hauttuberkulose in Formosa.
5. Kurita-Tokio: Statistische Untersuchung von Hauttuberkulose.
6. Dohi-Tokio: Demonstration eines Falles von Lupus vulgaris.
7. Sasakawa-Tokio: Ein Fall von Lupus vulgaris.
8. Maruo-Tokio: Ein Fall von Lupus vulgaris, ausgehend von den Augenlidern.
9. Töyama-Tokio: Noch einmal über Erythema induratum Bazin.
10. Ohno-Tokio: Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis mit Demonstration von deren Moulage.
11. Sekiba-Sappora: Über die chirurgische Behandlung von Blasentuberkulose.
12. Akutsu-Tokio: Über die Diagnose von Blasentuberkulose.
13. Tanaka-Tokio: Statistische Untersuchung der Cystitis tuberculosa.
14. Asakura-Tokio: Demonstration von Nierentuberkulose. An diesen Vortrag schlofs sich eine lebhafte Diskussion, an welcher sich Nakahara, Schibukawa, Ohno, Sato, Tanaka beteiligten.
15. Kusunoki-Tokio: Ein Fall von Sclerodermа universalis.
16. Mori-Miye: Über eine seltene Intoxikation durch Krebs-Vorhautentzündung.
17. Nagano-Formosa: Oedema cutis circumscriptum acutum.
18. Iwai-Tokio: Herpes zoster und Neuralgie.
19. Muto-Tokio: Über meine neue Paraffinplatte.
20. Okamura-Tokio: Über die Hautausschläge und Inkubationsdauer der Syphilis bei Japanern.
21. Maruo-Tokio: Über Iris-Tuberkulose.
22. Marumo-Tokio: Zwei Fälle von Ekzema chronicum geheilt durch Olivenöl.

Ferner enthält das Heft Referate von japanischer und ausländischer Literatur.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Experimentelle Syphilisprophylaxe, von Paul Maisonneuve. (G. Steinheil, Paris 1906.) Nach einem Überblick über die Versuche, Syphilis auf Affen zu überimpfen, berichtet der Verfasser, dafs Metschnikoff gleichzeitig bestrebt war, ein nach erfolgter Infektion anzuwendendes, wirksames prophylaktisches Mittel zu finden. Als solches wurde zunächst eine Mischung von gleichen Teilen Hg und Adeps benzoatus verwandt, welche sich zwar als sehr wirksam erwies, aber einen stark entzündlichen Reiz auf die Gewebe ausübte. Es fand sich, dafs eine gleich sichere Wirkung

ohne Schädigeng des Gewebes mit einer Mischung von Kalomel 10, Lanolin 30 erreicht wurde. Durch die Erfolge hiermit war Maisonaeuve so sehr von der Sicherheit des Mittels überzeugt, dafs er sich entschlofs, den Versuch an seinem eigenen Körper durchzuführen. Nachdem die Untersuchung seines Körpers keinerlei Anzeichen einer vorausgegangenen oder bestehenden Lues ergeben hatte, wurden ihm durch Metschnikoff in Gegenwart weiterer vier Ärzte mit dem Vidalschen Skarifikator Sekrete von zwei Patienten eingeimpft, welche Primärsklerosen besafsen. Das Sekret des Schankers des einen Patienten wurde mittels dreier Schnitte auf die rechte Seite des Sulcus coronarius gebracht, das des Schankers des anderen Patienten auf die linke Seite. Eine Stunde nach der Inokulation der beiden Sekrete wurde die Glans fünf Minuten lang mit der Kalomelsalbe eingerieben. Affen, welche zu gleicher Zeit in gleicher Weise geimpft wurden, zeigten nach Verlauf der Inkubationszeit typische Sklerosen; andere Affen, welche ebenso geimpft, aber danach mit der Kalomelsalbe eingerieben waren, blieben syphilisfrei. Aus den Protokollen der Ärzte, welche Maisonneuve in den nächsten drei Monaten weiterhin untersuchten, geht hervor, dafs die Skarifikationen ohne jede Entzündung innerhalb sieben Tagen völlig verheilten und dafs keinerlei syphilitische Veränderungen in die Erscheinung traten.

Schourp-Danzig.

Haarschwund und Glatze, ihre Verhütung und Behandlung, von M. Meyer-Bernstadt. 3.—4. Auflage. (Otto Gmelin, München 1906.) Der Verfasser wendet sich mit seiner Arbeit in erster Linie an den Arzt; er will aber auch in Laienkreisen Interesse erwecken und gegenüber falschen Vorstellungen und Gleichgültigkeit Belehrung schaffen. Für den Schwund des männlichen Kopfhaares macht er vor allem den Umstand verantwortlich, dafs das männliche Geschlecht von früher Jugend dazu erzogen wird, den Kopf mit einer nahezu hermetisch anliegenden und die Luftzirkulation völlig abschliefsenden Kopfbedeckung zu versehen. Hierdurch gerät die Kopfhaut in eine Art nervöser Stase unter Steigerung der Tätigkeit der Talg- und Schweifsdrüsen, woraus eine Hyperhidrosis der oberen Kopfhälfte zustande kommt. Gastrointestinale Autointoxikation und harnsaure Diathese führen eine toxische Veränderung des Schweifses herbei, welche die Ursache für das Entstehen eines Proliferationsprozesses auf der behaarten Kopfhaut ist. Dadurch, dafs die Hypersekretion der Kopfhaut den Haarboden mit einer mehr oder weniger dicken Lage von Drüsenprodukten — Schweifs und Talg — und Abschilferungen der Haut bedeckt, wird ein besonders günstiger Nährboden für die mancherlei Formen eindringender Mikrobien gebildet. Kurzgeschnittene Haare erleichtern das Eindringen dieser Schädlinge, während das langgewachsene Kopfhaar Staubteile nicht so leicht bis zum Haarboden gelangen läfst, eine direkte Berührung der Kopfhaut mit infektiösen Gegenständen verhindert und zum Zwecke der Befeuchtung und Geschmeidigmachung einen ziemlichen Teil der Drüsenausscheidungen konsumiert. Auch bewirkt beim Kurztragen der Haare die Kopfbedeckung einen luftdichten Abschlufs des Haarbodens gegen die Aufsenluft und erzeugt dadurch bezw. unterhält eine dauernde Hypersekretion. Daher empfiehlt der Verfasser zur Vorbeugung des Haarschwundes das Weglassen der festanliegenden Kopfbedeckung und das Tragen von möglichst langem Haar; er rät zur Benutzung einer von ihm angegebenen Kopfbedeckung mit ausgiebigen, seitlichen Ventilationsöffnungen, gibt eine „stimulierende Haarbodenseife", welche neutral und reizlos ist und auf den Schweifs und die Talgdrüsen adstringierend und antiseptisch wirkt, und einen „Haarbalsam", welcher rektifiziertes Erdöl mit Zusatz von Glycerin und Adstringentien in spirituöser Lösung enthält, sowie gegen die Autointoxikation vom Darm her eine Mischung von Salzen unter dem Namen „Sanosal" und „Schwefelpastillen" an.

Schourp-Danzig.

Hygienische Reformgedanken auf biologischer Grundlage, von Bachmann-Harburg a. E. (Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1906.) Mit seiner Arbeit will der Verfasser manchem mit der heutigen Heilkunde Allzuselbstzufriedenen die Augen öffnen und Anregung zur Umkehr und zum Einschlagen einer fruchtbareren, dem gesamten Volkskörper besser zu statten kommenden Richtung unserer wissenschaftlichen Medizin und besonders der deutschen Volkshygiene geben, welche zugleich Arzt und Wissenschaft wieder mehr mit dem Volksempfinden versöhnen wird. Zu diesem Zwecke betrachtet B. die heutige Kulturmenschheit im Lichte der modernen Naturwissenschaften und versucht einen biologischen Konstitutionsbegriff zu bilden. Er fordert als Hauptaufgaben zur Erreichung zu einer gesundheitsgemäfsen Lebensführung die Schaffung gesunder physiologischer Reize für den einzelnen, sowie Ausschliefsung oder doch Beschränkung der gewohnten Giftreize. Denn die gröfsten Schädigungen der Konstitution werden durch die Auswüchse der Zivilisation in schlechter Luft und mit schlechten Lebensgewohnheiten verursacht. Deshalb machen Rückkehr zur Natur, Beschaffung guter, reiner Luft für Haut und Lungen, Einfachheit in der Lebensführung, Mäfsigkeit in allen Dingen, Arbeitsamkeit und Bewegung des Körpers und Geistes, bessere Wahrnehmungen der natürlichen Vater- und Mutterpflichten, Heimats- und Familiensinn den Kern aller persönlichen Gesundheitspflege aus.

Im einzelnen auf die Reformvorschläge des Verfassers einzugehen, liegt nicht in dem Rahmen dieses Fachblattes. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Untersuchungen über den Ursprung der Plasmazellen, von E. Veratti. (Pavia 1905.) Zu absolut sicheren Resultaten ist der Verfasser in dieser Frage nicht gekommen und meint, dafs man dazu auch nicht eher gelangen wird, bevor der vielfache Umwandlungsprozefs der Zellen einer direkten Beobachtung zugänglich geworden. Man befindet sich demnach vorläufig noch immer auf dem Gebiete der Hypothesen, von denen man die wahrscheinlichsten herauswählen mufs. Vor allem neigt er zur Ansicht, dafs die Plasmazellen nicht hämatogenen, sondern histogenen Ursprungs sind. Dagegen weifs man nicht, ob alle oder nur eine bestimmte Kategorie von fixen Bindegewebszellen befähigt sind, sich in Plasmazellen umzuwandeln. Es scheint jedoch, dafs hierbei besonders diejenigen fixen Zellen eine Rolle spielen, die sich in unmittelbarer Nähe der Gefäfse befinden, die sogenannten Adventitiazellen von Marchand oder die den Klasmatocyten ähnlichen Zellen. Die Theorie von Unna und von L. Ehrlich, wonach die Plasmazellen durch eine Umwandlung des Protoplasma mit nachfolgender Zerbröckelung des Zellkörpers entstehen sollen, ist unhaltbar oder wenigstens nicht bestätigt. Die lymphocytenähnlichen Elemente, welche für sich allein oder in Verbindung mit den Plasmazellen die sogenannten kleinzelligen Infiltrationsherde bilden, haben nichts mit den Plasmazellen zu tun und stammen nicht von ihnen ab; die Bezeichnung von „Tochterplasmazellen“ oder „atrophische Plasmazellen“ ist somit eine unpassende. Die Ansammlung von Leukocyten ist eine Reaktionsform der Gewebe und der Gefäfse, die gleichzeitig mit jeder anderen Reaktionsform bestehen kann, die zur Umwandlung der fixen Bindegewebszellen in Plasmazellen

führt, von der sie aber unabhängig ist. Die Reize, die zu dieser Umwandlung führen, sind wahrscheinlich verschiedener Art, und ist es möglich, dafs auch die Elemente der Milz und der Lymphdrüsen schliefslich die charakteristischen Merkmale annehmen können, welche die eigentlichen Plasmazellen auszeichnen. Über den Bildungsmechanismus der Plasmazellen, über die Ursachen des morphologischen und chemischen Prozesses, der sich dabei abspielt, über die Funktion und die Bedeutung dieser Elemente wissen wir nichts. Die Kerne der Plasmazellen vermehren sich durch Karyokinese und durch direkte Teilung; in letzterem Falle kommt es zur Bildung von mehrzelligen Elementen, während nur im ersteren Falle, wenigstens wahrscheinlich, eine Teilung des Zellkörpers stattfindet. *C. Müller-Genf.*

Untersuchungen über die Rassenunterschiede der menschlichen Kopfhaare, von J. Frédéric - Strafsburg. (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.* Bd. II. S. 248—324.) Der Satz, den schon Perrault de Jotemps und Nathusius ausgesprochen haben, dafs zwischen der Form bezw. Krümmung des Follikels und der Form der freien Haare eine bestimmte Beziehung besteht, kann mit aller Sicherheit aufgestellt werden. Auf der einen Seite sind die typisch gekrümmten Follikel der Wollhaarigen, aus welchen spiralig gewundene Haare entstehen, auf der anderen Seite die geraden oder nur wenig gekrümmten Follikel der Schlicht- und Wollhaarigen, aus denen straffe oder leicht gewellte Haare austreten. Ob die geringen Biegungen, welche bei vielen Kymotrichenfollikeln vorhanden sind, mit den Wellenbiegungen des freien Haares etwas zu tun haben und ob die Kymotrichen dadurch sich von den Lissotrichen unterscheiden, müssen weitere Untersuchungen feststellen. Bei einem Chinesen und Japaner, die der Verfasser untersuchte, zeichneten sich die Follikel durch eine besonders gerade Gestalt, steile und tiefe Einpflanzung in einer tiefen Kopfhaut aus. Als Ursache für die Krümmung der freien Haare kommen aufser der allgemeinen Gestalt des Follikels noch andere Momente in Betracht, so die Querschnittsform und Dicke der Haare, hygroskopische und andere physikalische Eigenschaften, sowie die Art und Menge der Talg- und Schweifssekretion. Befunde bei einem Negermädchen zeigen, dafs die Krümmung der Follikel derjenigen der freien Haare nicht vollkommen proportional zu sein braucht. Die bei Negerhaaren von Vigier und Bloth beschriebenen „Crête sémicirculaire oblique" ist nicht die primäre Ursache der Haar- und Follikelkrümmung, da es typisch säbelförmig gekrümmte Follikel gibt, an denen die Abknickung des Bulbus und somit die Crête fehlt. Die Bezeichnung „Wollhaar", Ulotrichen, ist nicht ganz richtig, da zwischen der Schafwolle und Negerhaaren nicht unbeträchtliche Unterschiede bestehen. Die Haare stehen bei allen Rassen in Gruppen von zwei bis fünf Haaren, solche von sechs bis sieben sind selten; am häufigsten sind Zweier- und Dreiergruppen. Die Ulotrichen zeichnen sich durch das Vorwiegen der Zweiergruppe aus. Der für viele Wollhaarige charakteristische Büschelstand der Kopfhaare wird nicht durch ein engeres Zusammenstehen der Haargruppen im Bereich der Büschel bedingt, sondern auch bei den Büschelhaarigen sind die Gruppen gleichmäfsig über den Kopf zerstreut. Die ein Büschel zusammensetzenden Haare treten alle mit gleicher Krümmungsrichtung aus der Haut. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Ulotrichen einerseits, den Lisso- und Kymotrichen andererseits besteht in folgendem: Bei den Schlicht- und Wellhaarigen sind die Haarwurzeln alle in bestimmten Richtungslinien angeordnet, bei den Ulotrichen ist die Krümmungsrichtung der austretenden Haare sehr verschieden. Die Querschnittsform der Haare ist schon in den Haarwurzeln vorhanden; so starke Abplattungen wie bei den Ulotrichen kommen bei anderen Rassen kaum vor. Auch die Dicke der Haut, die Tiefe der Einpflanzung und die Neigung der Haare, sowie die Dichtigkeit des Haarwuchses stellen möglicherweise wichtige Rassenunterschiede dar. Beachtenswert

st auch die Verdickung des unteren Wurzelendes, oberhalb des Bulbus, bei verschiedenen Rassen. In der Anordnung der Drüsen und Muskeln der Haare, sowie der Knäueldrüsen konnte der Verfasser Rassenunterschiede nicht nachweisen.

Schourp-Danzig.

Der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis bei Sauriern und Krokodilen, von F. Krauss-Charlottenburg. (*Arch. f. mikroskop. Anatomie u. Entwicklungsgesch.* 1906. Bd. 67.) Der Umstand, dafs bei den Reptilien ein meist mächtiges Lager von Pigment sich zwischen Oberhaut und Cutis einschiebt, vielleicht auch der periodisch wiederkehrende Häutungsprozefs dürften wohl die Ursache dafür sein, dafs die Epidermis-Cutisgrenze bei dieser Tierklasse mannigfache Abweichungen von der entsprechenden Gewebsbildung bei Säugetieren darbietet, bei welchen eine solche Pigmentschicht fehlt und auch die Erneuerung der abgestofsenen Hautepithelien in anderer, mehr allmählicher Weise vor sich geht. Auch die Arbeiten über die Grenzschicht des Menschen geben bisher keine übereinstimmende Ansichten kund. Die bei Reptilien vorhandenen, vielfach ursprünglicheren Verhältnisse sind daher geeignet, den Weg zu einer Klärung der bei den höheren Tieren vorhandenen Verhältnisse zu ebnen. Aus seinen eingehenden Untersuchungen folgert Krauss, dafs es ein Stadium gibt, wo die Entwicklung der Cutis bei den Embryonen der von ihm untersuchten Reptilien vom Rete Malpighi ausgeht. In der Haut vieler erwachsener Reptilien, besonders im lockeren Bindegewebe der Schuppen, finden sich häufig embryonale oder an die embryonale Entwicklung erinnernde Verhältnisse vor. Als solche Verhältnisse sind aufzufassen:

a) Zellig-protoplasmatische oder gallertgewebsartige Partien in der Grenzschicht zwischen Cutis und Epidermis.

b) Eine innige Verbindung der Bindegewebsfasern mit den basalen Epidermiszellen gleichzeitig mit mangelhafter Kollagenbildung in den Bindegewebsfasern und mangelhafter kollagener Abgrenzung der Epidermis von der Cutis.

Entsprechend dem Standpunkte der Genese der Cutis aus der basalen Epidermisschicht in einem gewissen Entwicklungsstadium der Haut sind auch die bei Reptilien häufig vorkommenden, mannigfach gestalteten Verzahnungen der Cutis mit der Epidermis als partielle, im Zusammenhange mit dem Bindegewebe der Cutis stehende Kollagenbildungen in dem basalen Protoplasmagebiet der Epidermiszellen aufzufassen. Die Epithelfasern der Epidermiszellen stehen in innigem Zusammenhang mit subepithelial gelegenen Bindegewebsfasern oder mit Kollagenbildungen, welche sich im Protoplasmagebiet der basalen Epidermiszellen entwickelt haben. Nach den bei Alligator und Hatteria gewonnenen Bildern ist anzunehmen, dafs dieser Zusammenhang kontinuierlich ist. In selteneren Fällen können auch bei Reptilien elastische Fasern, sowie Protoplasmaausläufer von Bindegewebszellen sich mit den Epithelfasern der Epidermiszellen verbinden.

Schourp-Danzig.

Zur Kenntnis der Hautfarbe der Neger, von Frédéric-Strafsburg i. E. (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.* Bd. IX. S. 41—56.) Die vom Verfasser an der Leiche eines viermonatigen Negerkindes und an zwei erwachsenen Negern vorgenommenen Farbenbestimmungen erweisen das von Schwalbe und Widenmann aufgestellte Gesetz, dafs die dorsale Körperseite im allgemeinen dunkler ist als die ventrale, dafs die Streckseiten dunkler sind als die Beugeseiten, mit einigen unbedeutenden Modifikationen als richtig. Des weiteren geht auch aus den Untersuchungen, in Bestätigung der Angaben Ammons, hervor, dafs an dem Ellbogen- und Kniegelenk die Beugung oder Streckung eine Runzelung bezw. Dehnung hervorruft, und hierdurch jeweilig ein hellerer oder dunklerer Farbenton entsteht, d. h. bei extremer Streckung erreicht die Haut über der Streckseite, bei extremer Beugung die Haut über der

Beugeseite der Gelenke das Maximum ihrer Färbung. Stets ist aber das Maximum der Pigmentierung an der Streckseite gröfser als an der Beugeseite. Dafs aber der verschieden starke Runzelungszustand nicht die alleinige Ursache dafür ist, dafs die Streckseiten der Extremitäten dunkler sind als die Beugeseiten, sondern das von Schwalbe aufgestellte Gesetz, dafs die Streckseiten an sich infolge eines gröfseren Pigmentreichtums dunkler sind als die Beugeseiten, doch zu Recht besteht, lehrt die mikroskopische Untersuchung, mittels welcher der Verfasser die Resultate seiner makroskopischen Farbenbestimmung kontrollieren konnte. Von Interesse ist auch ein Vergleich des durch die mikroskopische Untersuchung und des durch die Raddeschen Tafeln erhaltenen Grades der Helligkeit bezw. Dunkelheit, woraus sich ergibt, dafs die Unterschiede zwischen der mikroskopischen und makroskopischen Reihenfolge nicht erheblich sind. *Schourp-Danzig.*

Die Verteilung der peripheren Nerven in der Haut, von Max von Frey-Würzburg. (*Journ. americ. med. assoc.* XLVII. Nr. 9.) Durch die Untersuchungen von Blix, Golscheider und von Frey ist festgestellt, dafs in der Haut verschiedene Sinnesorgane liegen für den Tastsinn, den Wärmesinn, den Kältesinn und den Schmerzsinn. Diese stehen durch getrennte Nerven mit eigenen Endapparaten im Zentralorgan in Verbindung. Der Tastsinn ist nicht gleichmäfsig über die Haut verteilt, sondern die Endorgane für die Druckempfindung liegen getrennt voneinander und lassen sich durch entsprechende mechanische Reizungen als Sinnespunkte nachweisen. Die Ausstrahlungszentren der Druckpunkte fallen mit den Haarpapillen zusammen. Sämtliche Druckpunkte befinden sich auf der Luvseite der Haare und bedecken die Haarwurzel oder -Scheide. Es gibt zwei Arten von Ausstrahlungen: eine physikalische und eine physiologische. Die Schlüsse, welche Head aus seinen Untersuchungen zieht, erkennt von Frey nicht als bewiesen an. Head durchtrennte den Nervus radial. cutan. extern. in der Nähe seines Ellbogens, schnitt kleine Teile desselben heraus und vereinigte die Enden mit Seidennähten. Er verlor alle Arten von Hautempfindungen in einem ausgedehnten Bezirke der Radialseite des Vorderarmes und Handrückens. Nach 15 Tagen begann zuerst der Schmerzsinn, dann der Wärmesinn, aber erst nach einem Jahre der Tastsinn zurückzukehren. Er unterscheidet danach „protopathische“ und „epikritische“ Nerven. von Frey verweist auf die Arbeit von Georg Koester: Zur Physiologie der Spinalganglien, Leipzig 1904, und warnt vor der Aufstellung von Hypothesen ohne ausreichende physiologische und psychologische Beweismittel. *Schourp-Danzig.*

Über den Einfluſs der peripheren Nerven auf die Wärmeregulierung durch die Hautgefäſse, von N. Zwonitzky. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) 1. Kälte und Wärme wirken zweifellos spezifisch auf die Hautgefäfse in regulatorischem Sinne. Bei einer Abkühlung kontrahieren sich die Hautgefäfse und dadurch wird die Wärmeabgabe beschränkt. Bei Erwärmung erweitern sie sich dagegen und verhindern auf diese Weise eine Wärmeretention.

2. Die wichtigste Rolle bei diesem Vorgange ist den zentripetalen Nerven zuzuschreiben, welche dafür Sorge tragen, dafs der abnormen Temperatur nicht nur an ihrem Angriffsorte, sondern auch an anderen Stellen des Körpers durch zweckentsprechende reflektorische Erregungen der Gefäfsnerven der Haut entgegengearbeitet wird.

3. An dem Angriffsorte der abnormen Temperatur ist die regulatorische Vorrichtung verstärkt durch die Beteiligung der lokalen Gefäfszentra an den spezifischen Gefäfslumenveränderungen. Anästhetische Körperteile sind scheinbar auf den Schutz des lokalen Gefäfsmechanismus allein angewiesen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Messung der Hauttemperatur, von Eduard Weiss-Pistyau (Ungarn). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 23.) Die Haut leistet im Schätzungswerte ungefähr drei Viertel sämtlicher Wärmeabgabe des Körpers und ist somit ein Faktor im Wärmehaushalte, der Interesse verdient. Die einfachste Methode, die Temperatur der Haut zu prüfen, ist die Palpation, sie ist aber unzuverlässig. Viel gelobt ist die von Becquerel eingeführte elektrothermische Messungsmethode, besser ist die von Winternitz, die mit Hilfe des Calorimeters zur Entdeckung wichtiger Tatsachen geführt hat. Dieses Quecksilberthermometer benutzte auch Verfasser bei seinen Messungen an im Bette ruhig liegenden Personen. Er fand dabei, dafs jede einzelne Stelle der Haut hinsichtlich der Wärmebewegung sozusagen ihre eigenen Wege geht; es zeigte sich, dafs sich die verschiedenen Hautstellen bei den verschiedenen Individuen, aber auch bei einem und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten verschieden verhalten und dafs, wenn auch zeitweilig eine gewisse Übereinstimmung zwischen manchen Hautstellen zu erkennen ist, wiederholte Messungen ein unwandelbares Verhältnis zwischen zwei bestimmten Stellen ausschliefsen. Nicht nur scheint auch in dieser Hinsicht jeder Mensch individuell verschieden, auch jede Körperstelle hat ihr eigenartiges, oft wechselndes Verhalten. Die Temperatur einer jeden Hautstelle geht, in Kurven niedergelegt, wellenförmig auf und nieder. Wenn die Haut an verschiedenen Stellen längere Zeit hindurch thermisch gleichmäfsig gereizt wird, namentlich, wenn ungefähr gleich warme kleine Umschläge auf dieselbe länger einwirken, so zeigen die verschiedenen Stellen einerseits ein voneinander abweichendes Verhalten, anderseits erwärmen sie sich, entgegen den gewohnten Vorstellungen, nicht etwa fortwährend mehr und mehr, vielmehr kühlen sie zeitweilig ab, um sich aufs neue zu erwärmen und wieder abzukühlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die histologischen Veränderungen der Haut nach Kältewirkung mit besonderer Berücksichtigung der feinen Details im Regenerationsprozefs des Epithels, von Podwysoski und Pirone. (*Lo Sperimentale.* 1906. III.) Die Untersuchungen der Verfasser haben ihnen den Beweis geliefert, dafs ein vollständiger Regenerationsprozefs auf dem Wege der Amitose möglich ist; dafs die mehrkernigen Zellen, die sich in dieser Weise bilden, keineswegs das Produkt eines Abortivprozesses sind, sondern vielmehr ein Glied in der Kette des Wiederherstellungsprozesses, da sie weiterer Entwicklung fähig sind; dafs die neuen, durch Amitose entstandenen Zellen physiologisch den durch Mitose gebildeten gleichwertig sind, indem man in ersteren karyokinetische Veränderungen nachweisen kann. *C. Müller-Genf.*

Bakteriologie.

Reinkultur des Spirillum gallinarum, von C. Levaditi. (*Compt. rend. d. séances de la soc. de biolog.* Bd. 60, S. 668.) Nach den vielen vergeblichen Versuchen zur Reinkultur dieser Spirillenart, dem Erreger der Hühnerseptikämie, bediente sich L. nun der Kollodiumsäckchen, die in das Peritonäum des für diese Spirillenkrankheit wenig empfindlichen Kaninchens gebracht wurden, und erzielte positive Resultate. Die Untersuchung des Säckcheninhalts zeigt rasche und intensive Vermehrung der Spirillen, diese Vermehrung erreicht ihr Maximum zwischen dem fünften und siebenten Tag. In vorher auf 72° erhitztem Hühnerserum vermehrt sich dieses Spirillum ziemlich bedeutend und bewahrt seine Virulenz noch, nachdem es achtmal von einem Tier zum anderen überimpft worden ist. Dieselbe Methode, nur etwas modifiziert, hat L. auch zur Reinkultur der Tickfieberspirillen (Febris recurrens africanus) mit ermutigenden Resultaten angewandt. *Stern-München.*

Über eine bessere Darstellungsart der Spirochaeta pallida im Ausstrich, von E. Hoffmann und A. Halle-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Die Verfasser empfehlen, um Spirochäten auch in dickeren Ausstrichen sichtbar zu machen, folgendes von Weidenreich für die Herrichtung von Bluttrockenpräparaten angegebene Verfahren: In ein flaches Glasschälchen bringt man 5 ccm einer 1%igen Osmiumsäurelösung und setzt zehn Tropfen Eisessig zu; auf das Schälchen, das man, um die Verdunstung der Osmiumdämpfe zu verhüten, in eine Petrischale stellt, werden einige Objektträger gelegt. Nachdem diese mindestens zwei Minuten lang den Osmiumdämpfen ausgesetzt waren, werden die zu untersuchenden Sekrete oder Gewebssäfte („Reizserum" oder „Geschabe") in einem einzigen Zuge möglichst schnell mittels eines Platinspatels oder Deckglasrandes über die osmierte Seite der Objektträger ausgestrichen und diese zur Vollendung der Fixierung für eine, höchstens zwei Minuten auf die Glasschale zurückgebracht. Die fixierten Präparate werden, am besten ohne Erwärmen, getrocknet, kommen dann eine Minute lang in eine sehr dünne, schwachhellrote Lösung von Kaliumpermanganat, werden mit Wasser abgespült, mit Fließpapier getrocknet und schließlich mit Eosinazur nach Giemsa gefärbt. Als Fixierungsmittel kann an Stelle der Osmiumsäure auch das billigere Formalin verwendet werden, doch sind die Resultate nicht so schön wie bei Anwendung der Osmiumsäure. Mit Pyridin wurden ebenfalls brauchbare Präparate gewonnen. *Götz-München.*

Imprägnierung der Spirochäten in Schnitten mit Argentum nitricum, von M. G. Z. Petresco-Bukarest. (*Comptes rend. des séances de la soc. de biolog.* T. LIX. 1905. S. 680.) Verfasser präpariert zunächst die Gewebsstücke durch Einlegen in absoluten Alkohol (48 Stunden), dann (je zwei Tage) in Argent. nitricum-Lösung von 0,25 von 0,65 und 1 auf 100 unter völligem Lichtabschluß, schnelles Abwaschen in Alkohol, dann in Xylol und Einschließen in Paraffin. Darauf wird mikrotomiert und montiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neue schnelle Methode zur Färbung der Spirochäten in Schnitten, von Levaditi und Manoukélian. (*Comptes rend. des séances de la soc. de biolog.* T. CX. 1906. S. 134.) Durch Zusatz von Pyridin soll die Färbung in einigen Stunden zu Ende geführt werden. Das Verfahren lautet: Formalin (10%) 24—48 Stunden; Alkohol (96%) 12—16 Stunden Waschen mit Aq. dest., Argentum nitricum (1%), dem bei der Verwendung 10% Pyridin zugesetzt wird, (6—9 Stunden bei Zimmertemperatur resp. 50°), Waschen mit Pyridinlösung, Waschen mit Pyrogallussäure (4%) mit Aceton (10%) und Pyridin (15%) einige Stunden lang, dann Alkohol, Xylol, Blaufärbung mit Äther-Glycerin nach Unna. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der mikroskopische Nachweis von Spirochaeta pallida, von C. Preis-Budapest. (*Budapesti Orv. Ujs. Dermatol. Beil.* 1906. Nr. 3.) Auf neuen, gut gereinigten Objektträgern (keine Säuren!) wird der zu untersuchende, am besten von der Peripherie der luetischen Veränderung entnommene Gewebssaft dünn und behutsam aufgestrichen. Fixierung am einfachsten durch Erwärmung, Färbung mit Giemsascher Lösung, Erwärmen bis zur Dampfbildung drei- bis viermal. Daß das Präparat gelungen ist, erkennt man an der guten Färbung der roten Blutkörperchen, die die Farbe noch schwerer aufnehmen als die Spirochaeta pallida. Hauptsächlich sollen diejenigen Stellen des Präparats untersucht werden, wo intensiv gefärbte rote Blutkörperchen liegen. In der Nähe von Eiterzellen findet man nur selten Spirochäten. Wenn in einem Präparat ausschließlich dem bekannten Typus entsprechende Spirochäten zu sehen sind, so ist sicher Syphilis anzunehmen, da die übrigen Spirochäten nur in Gesellschaft von massenhaften, anderen Bakterien vorkommen.

B. Kollarits-Budapest.

Über morphologische Veränderungen an Spirochäten, von W. Krienitz-Halberstadt. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 42. Heft 1.) K. kommt auf Grund einer Reihe von Untersuchungen zu dem Schlufs, dafs die Spirochätenbewohnerschaft eines Nährmediums eine grofse Variationsfähigkeit in ihrer Formenbildung besitzt. Es mufs daher nach K. bedenklich erscheinen, differentialdiagnostische Unterscheidungsmerkmale auf blofse, äufsere Eigenschaften der Individuen zu basieren und es erscheint wünschenswert, tiefer begründete und konstantere Unterscheidungszeichen zu finden als es die Zartheit der Formen, Beschaffenheit der Windungen und dergleichen mehr es ist. *Putzler-Dansig.*

Untersuchungen über die Balanitis- und Mundspirochäten, von Erich Hoffmann und S. v. Prosvazek-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* Bd. 41. Heft 7 und 8.) Die Balanitisspirochäte unterscheidet sich nach den von den Verfassern angestellten Untersuchungen von der gröberen Refringens durch ihre geringere Breite, ihre engeren und regelmäfsigen Windungen, durch die häufiger vorhandenen, oft langen, spitz auslaufenden Periplastanhänge, sowie durch ihre Bewegungsform. Die Speciesdiagnose der Spirochaeta balanitidis nov. spec. lautet: Lange, ca. $^1/_2$—$^3/_4$ mm breite, bandförmige, meist mit einem, häufiger auch mit zwei oft gewellten Periplastfortsätzen versehene Spirochäte, die in der Mehrzahl der Fälle sechs bis zehn Windungen besitzt. Sowohl während des Lebens wie auch in der Lugolschen Lösung ist eine undulierende Membran mit homogener Immers. 2 und Okul. 8 wahrzunehmen. Die Bewegung ist wellenförmig, oft mit Rotationen um die Körperachse verbunden, meist auch seitlich schlängelnd; häufig wechseln Ruhepausen mit Momenten lebhafter Bewegung, wobei stärker lichtbrechende Knotenpunkte mehr oder weniger rasch über den Spirochätenleib dahinlaufen. — Im Munde scheinen drei Arten von Spirochäten vorzukommen:

1. Formen, die ziemlich breit und 15—20 mm lang sind und wenig flache Windungen besitzen.

2. Formen, die äufserst zart sind, sehr zahlreiche (bis 20 und mehr) dicht gestellte, steile Windungen haben und wegen ihrer Kleinheit und Zartheit in den gewöhnlichen, nach Giemsa gefärbten Präparaten kaum auffindbar und erst mit Löfflers Geifselbeize gut darstellbar sind.

3. Formen, welche ungefähr in der Mitte zwischen beiden stehen und eine sehr charakteristische Bewegung besitzen; die Wellen sind ziemlich steil, jedoch sehr unregelmäfsig, so dafs auf eine oder zwei tiefe Wellen kleinere Wellenberge folgen, wodurch eine eigenartige, unregelmäfsige, knitterige Bewegungsform entsteht. Verfasser schlagen vor, die erste Form als Spirochaeta buccalis, die zweite als Spirochaeta dentium und die dazwischen gelegenen Formen als Mittelformen mit Lühe zu bezeichnen. Geifselartige Anhänge fanden sich bei der Spirochaeta buccalis nur in Einzelfällen, bei den Mittelformen noch seltener. Dagegen gelang es bei der ersteren Form in mit wenig destilliertem Wasser versetztem, sehr dünn ausgestrichenem Material, das nach Löffler gefärbt wurde, in einigen Fällen die undulierende Membran sowohl als auch den Periplast, der sich von dem intensiv rot gefärbten, wohl chromatinhaltigen Kernstab zurückgezogen hatte, deutlich darzustellen. Seitliche Geifseln wurden nie beobachtet; auch kann aus der Art der Bewegung des flexiblen, Undulationen unterworfenen Körpers nicht auf das Vorhandensein eines derartigen Lokomotionsapparates geschlossen werden. Da diese Spirochätenarten selten agglomerieren und nur selten Periplastanhänge führen, kann bei dieser Form auch durch aufgefaserte Periplastmyophane, sowie durch abgerissene, sich aufpinselnde Periplastgeifselanhänge, die nach der Agglomeration seitlich am Zelleibe hängen bleiben, eine peritriche Begeifselung bei Löfflerscher Färbung nicht vorgetäuscht werden, wie es bei

der Hühner- und Rekurrensspirochäte der Fall zu sein scheint. Durch verdünnte Kalilauge wie durch verdünnte Salpetersäure werden die Mundspirochäten aufgelöst; unter verdünnter Salzsäure quellen sie auf, in 10%iger Sodalösung blassen sie ebenso ab wie in Eau de Savelle. Neben den Spirochäten fand sich das Spirillum sputigineum mit der äußerst charakteristischen, von der Konkavseite des sichelförmigen, beweglichen Körpers abgehenden Geißel; diese pinselt sich manchmal in mehrere Fäden; zuweilen bemerkt man zwei Geißeln, die auf eine Teilung des Körpers die vielleicht keine typische Querteilung ist, hinweisen. Die Flexibilität wie die Art der Begeißelung sprechen gegen die Bakteriennatur. Es folgt aus diesen Untersuchungen, daß die sogenannten Geißeln auch bei anderen Spirochätenarten, nicht nur bei der Spirochaeta pallida vorkommen; sie entsprechen nicht Bakteriengeißeln, sondern sind Fortsätze des Periplasts. Die Flexibilität, die Bandform des Körpers mit seiner undulierenden Membran sowie ihre eigenartige Teilung sprechen für ihre Protozoennatur.

Putzler-Danzig.

Zur Kenntnis der Mundspirochäten, von Waldemar Löwenthal. (*Med. Klinik* 1906. Nr. 11.) Bei einer Patientin mit einem stenosierenden Cardiacarcinom fand Verfasser im Mundspeichel sehr zahlreiche Spirochäten der verschiedenartigsten Typen: einerseits große klobige, andererseits solche, die noch dünner erschienen als die Spirochaeta pallida, weitgewunden und enggewunden u. dgl. Alle diese Formen scheinen aber jede für sich zu bestehen, ohne daß man sichere Übergänge zwischen den einzelnen feststellen könnte. Die von Schaudinn beschriebene undulierende Membran konnte vom Verfasser in keiner Form nachgewiesen werden. Dagegen hat er bei einigen Exemplaren endständige Geißeln gefunden; die begeißelten Spirochäten haben alle die gleiche Dicke und annähernd die gleiche Länge von 10—12 μ, sind ziemlich flach gewunden und lassen keine Zusammensetzung aus mehreren Einzelindividuen bestehen. Das weitere, von Schaudinn aufgestellte, Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Spirochäten, ob die Windungen in der Ruhe bestehen bleiben oder nicht, scheint dem Verfasser häufig sehr schwer zu beurteilen.

Mit den Spirochäten vergesellschaftet kommen in der Mundhöhle noch gebogene, wurstförmige Gebilde vor, die mit Millers Spirillum sputigineum identisch sind. Dem Verfasser ist es wiederholt gelungen, an ihnen Geißeln nachzuweisen. Die Art der Begeißelung beweist, daß diese Gebilde keine Spirillen und vielleicht überhaupt keine Bakterien sind.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Diplococcus intracellularis meningitidis und seine Beziehungen zu den Gonokokken, von W. G. Ruppel-Höchster Farbwerke. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) R. stellte durch fortgesetztes Übertragen von Meningokokken-Kulturen auf einen bestimmten, flüssigen Nährboden Kulturen her, die sich für alle üblichen Versuchstiere hochgradig virulent zeigten, während sie in ihrem mikroskopischen und tinktoriellen Verhalten keinerlei Einbuße erlitten. Ferner gelang es ihm, durch subcutane Injektion avirulenter Meningokokken bei den Versuchstieren eine Immunisierung gegenüber der mehrfachen tödlichen Dosis der hochgradig virulenten Kultur zu bewerkstelligen. Bei der auffallenden morphologischen und kulturellen Ähnlichkeit der Meningokokken mit den Gonokokken hält er eine überaus nahe Verwandtschaft beider Spezies, wenn nicht eine Identität für wahrscheinlich. Er gibt der Hoffnung Ausdruck, daß es möglich sein werde, auf ähnlichem Wege wie bei den Meningokokken auch Gonokokkenserum zu gewinnen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Carl Schramm-Dortmund.

Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken, von C. Bruck-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Es gelang B. bei drei Patienten, die unter dem Einfluß von schwerer Gonokokkeninfektion standen, spezifische Immunkörper,

sogenannte Ambozeptoren, im Blutserum nachzuweisen. Bei einfachen nicht komplizierten Blennorrhoen konnte, trotz Anwendung feinster biologischer Untersuchungsmethoden, ein derartiges Verhalten des menschlichen Organismus nicht konstatiert werden. *Carl Schramm-Dortmund.*

Über die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Fadenpilze, von Ludwig Essinger. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Die Arbeit sei nur deshalb erwähnt, weil Verfasser auf Grund seiner Versuche mit Achorion Schönleinii einen therapeutischen Erfolg mit einer der stark wirkenden Substanzen bei Favus für aussichtsvoll hält. *Fritz Loeb-München.*

Hygiene.

Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose, von Spillmann. (*Tuberculosis.* Vol. 5. Nr. 1.) Nach den Erfahrungen von S. erliegen ca. 40 % der Prostituierten der Tuberkulose. Es liegt also nicht nur im Interesse der Puellen, sondern auch der gesamten Bevölkerung, diesem Krankheitsherde weiter nachzuforschen. Verfasser wünscht eine Sammelforschung, wobei sowohl genauere Erhebungen über die Zahl der tuberbulösen Prostituierten anzustellen wären, als auch Ermittelungen über den Einfluſs von Blennorrhoe, Syphilis und anderen Faktoren zu beschaffen wären. Man bittet, das Material an die Geschäftsstelle der internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose (Berlin, Eichhornstr. 9) einzusenden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einige mit den Spermathanaton-Pastillen gemachten Erfahrungen, von R. Braun-Wien. (*Die med. Woche.* 1906. Nr. 13.) Neben den Präservativs und Pessaren bedient man sich zur Verhütung einer Konzeption seit längerer Zeit mit verschiedenem Erfolge mannigfacher chemischer Mittel. Als ein solches wird auch die Spermathanotontablette vielfach empfohlen. So verwandte auch Verfasser diese Tabletten in 11 Fällen mit absolutem Erfolge, in Fällen, wo sonst stets Gravidität eingetreten war. Man schiebt diese Tabletten mit dem Finger möglichst tief in die Vagina ein und läſst sie dort erst fünf Minuten lang wirken, ihre Wirkungsdauer beträgt etwa 20 Minuten. Eine Ausspülung der Scheide nach dem Geschlechtsakt ist natürlich zu vermeiden. Die Spermatozoen werden sicher getötet, und wirken die Tabletten auſserdem aseptisch. Verfasser empfiehlt die Tabletten als wirksam und unschädlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über öffentliche und private Gelegenheiten zum Händewaschen und deren gesundheitliche Notwendigkeit, von Hopf - Dresden. (Quelle nicht angegeben.) Die menschliche Hand stellt bei der ungezählten Vielheit der Verwendung die hauptsächliche Ansteckungsvermittelung dar: sie ist der Träger teils ansteckender, bösartiger, teils unschädlicher Keime. Durch systematische Belehrung über die hygienischen Mindestforderungen des menschlichen Lebens wird die Zahl der ansteckenden Krankheiten gewiſs zurückgehen. Darum wiederholt Hopf die Forderungen, welche er in der Gesellschaft für Volksbäder und im Deutschen Verein für Volkshygiene erhoben hat: es ist die Aufgabe der Hygiene, nicht allein für ausreichende Gelegenheit zur Reinigung des gesamten Körpers zu sorgen, sondern auch für die weitgehendste Einführung von Gelegenheit zum Reinigen der Hände einzutreten. Ein häufiges Händewaschen ist nicht nur aus ästhetischen Gründen zu befürworten, sondern auch vornehmlich aus gesundheitlichen Rücksichten wegen der Übertragungsgefahr ansteckender Krankheiten. Durch Verbreitung der Gelegenheit zum Händewaschen wird das groſse Publikum unmerklich, aber sicher erzogen, zumal wenn entsprechende Aufklärung in Schule und Presse mitwirkend einsetzt. Eine mittelbare Folge davon wird eine

günstige Rückwirkung auf das allgemeine Badebedürfnis sein. Die Behörden sind zu ersuchen, in allen behördlichen Neubauten für ausreichende Waschgelegenheit besorgt zu bleiben und jedenfalls keine Abortanlage einzurichten, ohne die entsprechende Gelegenheit zum Händewaschen unter fliefsendem Wasser, mit Seife und Handtuch, und ebenso bei der Baugenehmigung für Privathäuser, Gasthäuser, Hotels zu verfahren. In der Schule ist seitens der Lehrer oder Schulärzte die Wichtigkeit des Badens und der häufigen Händereinigung systematisch zu betonen.

Schourp-Danzig.

Die in einer grofsen modernen Schule zur Abhaltung zweier Epidemien getroffenen Mafsnahmen, von Louis Rénon und M. Chaillou. (*Journ. d. prat.* 1906. Nr. 26.) In Paris herrschten zu Anfang dieses Jahres gleichzeitig eine ungewöhnlich heftige Masern- und eine Mumpsepidemie. In einem grofsen Internat mit mehr als 500 Zöglingen gelang es, durch strengste Überwachung der Schüler, sorgfältige Isolierung der Erkrankten und Krankheitsverdächtigen in den vorzüglich angelegten und eingerichteten Krankenzimmern und durch ausgedehnte Desinfektionen vornahmen einige eingeschleppte und je drei durch Ansteckung innerhalb der Anstalt verursachte Fälle von Masern und Parotitis unschädlich zu machen und die weitere Ausbreitung der Epidemie zu verhüten. *Götz-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Hauttalg und Diät, von Georg Rosenfeld-Breslau. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 40.) Bei einem Versuche, die Kohlenhydrate und Fette in ihrer eiweifssparenden Wirkung zu vergleichen, war es erforderlich, in Erinnerung an die Krukenberg-Leubuscherschen Beobachtungen festzustellen, ein wie grofser Teil des Fettes durch die Haut ausgeschieden würde und dem Körper verloren ginge. Die Versuchsanordnung bestand darin, dafs auf eine Kohlenhydratperiode, in welcher neben 250 g Fleisch, 20 g Kakao, 94 g Eier, an Fetten nur 70 g Butter, dagegen an kohlenhydrathaltiger Substanz 100 g Zwieback und 332 g Zucker genossen wurden, eine Fettperiode folgte, in der die 332 g Zucker fortgelassen wurden und durch die äquivalente Menge von 180 g Butter ersetzt wurden. Die Kost der zweiten Periode enthielt demnach statt 70 g 250 g Butter. Um die Menge des abgesonderten Hauttalges zu bestimmen, trug die Versuchsperson während je einer Ernährungsperiode Tag und Nacht dieselbe Wollunterjacke und Wollunterhose, in welchen sich also der gesamte Schweifs und Hauttalg mit Ausnahme der an Füfsen, Händen und am Kopf abgesonderten befinden mufste. Um das Fett aus der Wolle zu erhalten, wurden die Kleidungsstücke in einem grofsen Becherglase mit Chloroform übergossen, überbunden und so unter Chloroform mehrere Tage stehen gelassen. Dann wurde das Wollzeug ausgepreſst, das Chloroform abdestilliert, der Rückstand in Äther gelöst, filtriert, getrocknet. Es ergab sich, dafs in den fünf Tagen der Kohlenhydratdiät 11,56 g, also pro Tag 2,31 g, ausgeschieden wurden, während sich innerhalb der neun Tage der Fettzeit 8,49 g Hauttalg, also pro Tag 0,94 g, feststellen liefsen. Erstaunlich ist, dafs — entgegen Leubuschers Angaben — hier die Fetternährung zu so wenigem Hauttalg führte, während in der Kohlenhydratzeit die Talgsekretion etwa dreifach so grofs war.

Des weiteren wurde mit einer anderen Person der Versuch gemacht, wie sich die Hauttalgausscheidung während regelmäfsiger Bromdosen verhielte. Unter Normalkost mit reichlichen Kohlenhydraten wurde pro Tag 4 g Bromkalium genommen. Die Hauttalgausscheidung betrug 6,17 g in drei Tagen, also 2,05 pro die. Hier findet sich eine Andeutung von Verminderung der Hauttalgsekretion.

Aus seinen Versuchen glaubt der Verfasser eine Erklärung dafür zu finden, dafs diejenigen Menschen, welche durch eine fette Kost fettleibig geworden sind, oft eine grofse Neigung zur Aknebildung am Rücken haben: sie haben bei ihrer fetten Ernährung wenig Hauttalg und sind dadurch gegen die Infektion der Talgdrüsen wenig geschützt. Wenn sie durch eine Kohlenhydratkost entfettet werden, hört die Aknebildung schnell auf. *Schourp-Danzig.*

Störungen in der Ernährung und Harnausscheidung bei diathesischen Hautkrankheiten (Ekzem und Psoriasis), von E. François Danville. (*Thèse de Paris*, 1906.) Gemäfs der Lehre von Gaucher, dafs diathesische Dermatosen und hauptsächlich Psoriasis und Ekzem auf einer Autointoxikation chronischer Natur mit stickstoffhaltigen Extraktivstoffen beruhen, hat der Verfasser zahlreiche Harnuntersuchungen bei den betreffenden Patienten angestellt und ist zum Schlusse gelangt, dafs bei denselben eine Verlangsamung des Stoffwechsels, eine verminderte Ernährung und eine ungenügende Nierenausscheidung bestehe.

Der Harn ist im allgemeinen stark gefärbt, wird seltener und spärlicher gelassen als im Normalzustande und enthält zahlreiche Harnsäurekristalle. Die Menge des Harnstoffes ist unternormal, ebenso auch diejenige des gesamten Stickstoffes, was auf eine verminderte Ernährung hindeutet. Der azoturische Koeffizient ist vermindert, als Beweis der ungenügenden Ausnutzung der stickstoffhaltigen Nahrungsmittel, während der Überschufs von Indikan auf eine mangelhafte Funktion des Darmes, und namentlich des Dickdarmes hinweist.

In einer grofsen Anzahl von Fällen enthält der Harn Eiweifs und zeigt die Probe mit Methylenblau, dafs die Ausscheidung desselben eine anormale, intermittierende, vermindert oder verlängert ist. Die Untersuchung mit Phloridzin zeigt eine kurze und wenig ausgesprochene Zuckerausscheidung.

Die während des Krankheitsstadiums schwache Toxizität des Harnes nimmt mit vorschreitender Genesung allmählich zu, ebenso auch die Ausscheidung der Harnalkaloide.

Die ungenügende Ausscheidungskraft der Nieren wird auch durch die kryoskopische Untersuchung nachgewiesen, und zeigt es sich hierbei, dafs Perioden von renaler Insuffizienz mit solchen normaler Ausscheidung abwechseln, und dies zwar immer parallel mit der Besserung oder Verschlimmerung der Hautaffektion.

In praktischer Beziehung mufs aus diesen Untersuchungen der Schlufs gezogen werden, dafs Ekzematöse und Psoriatiker nicht nur lokal, sondern auch diätetisch behandelt werden müssen, namentlich mufs auf die Nierenfunktion geachtet werden, indem man die Diurese mit geeigneten Mitteln unterstützt; reizende und toxische Substanzen müssen gemieden werden. *E. Toff-Braila.*

Die Beteiligung stehengebliebener Drüsen- und Haarbalgreste an der Epidermisierung bei Defekten der Epitheldecke, von von Voss. (Inaug.-Dissert. Göttingen. 1905.) Verfasser kommt zu folgendem Endergebnis seiner Untersuchungen: Die Regeneration der Epitheldecke der Haut geht einerseits vom Rande aus, andrerseits — bei stehengebliebenen Epithelorganresten im Wundboden — in beträchtlichem Umfang aber auch von den Drüsen- und Haarbalgresten.

Das Vordringen der Epithelien geschieht vorwiegend aktiv „kriechend".

Fritz Loeb-München.

Über die Modifikation der Haut und die subkutanen Drüsen in der Umgebung der Mund- und der Nasenöffnungen, die Formationes parorales und paranaricae der Haussäugetiere, von Bodo Kormann-Dresden. (*Anat. Anz.* 1906. Nr. 5 und 6.) In der Umgebung des Einganges zur Nasen- und Mundhöhle besitzen alle Haussäugetiere mit Ausnahme des Pferdes eine eigenartig modifizierte Hautpartie

welche man beim Rinde als Flotzmaul, bei Schaf, Ziege, Hund und Katze als Nasenspiegel und beim Schwein als Rüsselscheibe bezeichnet. Alle diese Bildungen können als Formationes parorales und paranaricae und das modifizierte Integument als Integumentum parorale und paranaricum bezeichnet werden.

Über den mikroskopischen Bau der Formationes paranaricae unserer Haustiere liegen in der Literatur nur wenige zerstreute und allgemein gehaltene Angaben vor. Daher unternahm es K., die Untersuchungen von Kunze und Mühlbach weiter auszudehnen und genauer durchzuführen; er fand dabei folgendes:

Die Haut des Flotzmauls, des Nasenspiegels und der Rüsselscheibe ist als eine modifizierte Partie des Integumentum commune zu betrachten, die wie diese in Cutis- und Subcutisschicht zerfällt; erstere besteht wieder aus Corium und Epidermis. An letzterer unterscheidet man deutlich das Str. germinativum und corneum und deren bekannte Substrata.

Die Subcutis weist bei Rind, Ziege, Schaf und Schwein zum Teil mächtige Drüsenlager auf und kann deshalb bei diesen Tieren als Stratum glandulare bezeichnet werden.

Hund und Katze besitzen im Nasenspiegel keine Drüsen, nur bei einer Katze wurden in einem einzigen Präparat einige Drüsenschläuche gefunden.

Die dichtgelagerten Glandulae nasolabiales von Rind und die Glandulae planonasales von Schaf und Ziege sind tubulöse, stark aufgeknäuelte Eiweifsdrüsen, die den Schweifsdrüsen ähneln, aber den für diese Drüsen charakteristischen subepithelialen Muskelmantel nicht besitzen.

Die Glandulae planorostrales vom Schwein bieten sowohl der Form ihrer tubulösen Endstücke als auch der Beschaffenheit ihres niedrig-zylindrischen Epithels nach das typische Bild der Schweifsdrüsen. Es fehlt jedoch den Rüsselscheibendrüsen die subepitheliale Membrana propria und der derselben angelagerte Muskelschlauch.

Die Flotzmaul- und Nasenspiegeldrüsen liefern, wie aus dem chemischen Verhalten eines aus ihnen hergestellten Extraktes zu schliefsen ist, ein eiweifs- und salzhaltiges, mucin- und fettfreies Sekret.

Die Haut der Oberlippe und der Gegend des Naseneinganges vom Pferd, die wie das übrige Integument gebaut ist, wird durch das Vorkommen von Sinushaaren charakterisiert. Ihre Epidermis ist an der Oberlippe am stärksten. In der Gegend der pars labialis superior und in der pars internarica kommen Schweifsdrüsen viel spärlicher vor als Talgdrüsen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Der Einfluſs des Geschlechtslebens der Tiere, insbesondere der Vögel auf die Epidermoidalgebilde der Haut, von Karl Wilhelm Ohler. (Inaug.-Dissert. Bern. 1905.) Die anregend geschriebene interessante Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet und sei der Beachtung empfohlen.

Fritz Loeb-München.

Zur Ausscheidung von Mikrobien durch die Schweifsdrüsen, von Conrad Brunner-Münsterlingen. (*Arch. f. klin. Chir.* 80. Bd. 2. Heft.) Übersicht über die Literatur seit der ersten Veröffentlichung des Verfassers über die Ausscheidung pathogener Mikroorganismen durch den Schweifs. *Schourp-Danzig.*

Ausscheidung von Bakterien durch die Schweifsdrüsen, von Wrede-Königsberg. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1906. Nr. 28. und *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 80. 2. Heft.) Durch Injektion der entsprechenden Bakterien in die Blutbahn gelang es Brunner, im Schweifs einer Katze Milzbrandbazillen, im Schweifs eines Ferkels den Staphylococcus aureus und im Schweifs eines Ferkels den Bacillus prodigiosus nachzuweisen. Die Nachprüfungen Wredes ergaben, dafs ein einwandfreier Beweis dafür, dafs Bakterien von den Schweifsdrüsen aus der Blutbahn ausgeschieden

werden, bisher nicht erbracht ist. Der von Brunner betonte gleichzeitige Befund zahlreicher Bakterien im Speichel der Untersuchungstiere läfst die Möglichkeit zu, dafs der Speichel auf den Körper gelangte und damit die Bakterien übertrug.

Schourp-Danzig.

Die Pathologie der Hautkrankheiten — in der Vergangenheit und in der Gegenwart, von G. Sims Woodhead. (*Lancet.* 4. August 1906.) Enthält eine geschichtliche und kritische Besprechung der Fortschritte in der Pathologie der Hautkrankheiten im Laufe der letzten Generationen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den jetzigen Stand der Frage nach den Erregern der Geschlechtskrankheiten, von von Brunn-Rostock. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1906. Nr. 7.) Chronologischer Bericht über die Entdeckung der Erreger der Geschlechtskrankheiten: Gonococcus, Streptobacillus, Spirochaeta pallida.

Carl Schramm-Dortmund.

Hautveränderungen infolge von Antointoxikation während der Schwangerschaft, von P. L. J. Baudéant. (*Thèse de Toulouse.* 1905. Nr. 634. 63 S.) Ohne erhebliches Interesse. *Fritz Loeb-München.*

Über den Haarausfall nach fieberhaften Krankheiten, von Felix Pinkus. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 37.) Durch den Fieberprozefs wird bekanntlich die Neubildung der Haut, welche unter normalen Verhältnissen ohne Unterlafs gleichmäfsig fortgeht, plötzlich schwächer und kehrt nur allmählich zur Norm zurück. An der allgemeinen Hautdecke kommt als Folge des Fiebers eine Abschuppung zu stande, an den Nägeln — eine Querfurchung derselben, an den Haaren — ein Haarausfall von charakteristischer Art. Er tritt plötzlich, aber erst $2^1/_2$—3 Monate nach der Erkrankung ein und dauert $1^1/_2$—2 Monate lang in starker Form an. Er bietet dabei alle Zeichen eines akuten Haarausfalls (Pohl). Als Ursache dieses Haarausfalls ist höchst wahrscheinlich der Umstand zu betrachten, dafs, sobald das Fieber über seinen Höhepunkt hinaus ist, schon die Neubildung der Haare erfolgt. Diese schnelle Regeneration der Haare ist es, die den Ausfall der alten abgestorbenen erzwingt. In zwei bis drei Monaten ist sie soweit vorgeschritten, dafs die alten Haare neben den neuen keinen Platz haben und ihnen weichen müssen. Damit der Kranke wieder Haare bekommt, mufs er kahl werden. — Die Prognose ist im allgemeinen günstig, da eine Spontanheilung zu stande kommt. Die Therapie soll nur dieselbe zu begünstigen trachten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Einiges über den Zusammenhang zwischen inneren Krankheiten und Augenerkrankungen, von Felix Höring. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Conjunctiva. Blutungen in der Bindehaut machen auf Skorbut aufmerksam. — Bei Masern ist der Bindehautkatarrh ein typisches, nur ganz selten fehlendes Initialsymptom. Er erscheint zwei bis drei Tage vor dem Ausbruch des Exanthems. Hervorgerufen ist er jedenfalls durch den noch unbekannten Erreger der Masern. Differentialdiagnostisch ist er hauptsächlich wichtig gegen Scharlach, bei dem er meist vollkommen fehlt oder nur ganz gering ausgeprägt ist. Anders verhält es sich mit der Conjunctivitis phlyctaenularis, die sich als Nachkrankheit sowohl von Masern wie von Scharlach einstellt. — Die Diphtherie befällt nicht selten primär die Augenlider. Es ist in Zeiten von Diphtherieepidemien dringend auf jede, selbst die leichteste Form von Bindehautkatarrh zu achten. — Hier ist auch die Entzündung der Augenbindehaut durch den Gonococcus zu erwähnen. Besonderes Interesse beansprucht die sekundäre Bindehautaffektion bei Blennorrhoe. In manchen Fällen von Blennorrhoe tritt eine Conjunctivitis auf, deren Sekret zwar keine Gonokokken enthält, die aber trotzdem mit grofser Wahrscheinlichkeit als eine metastatische blennorrhoische Affektion aufzufassen ist, vielleicht hervorgerufen durch ein bestimmtes, von den Gonokokken

gebildetes Toxin. Für die letztere Annahme spricht der Umstand, daſs es Morax gelungen ist, durch Einträufelung abgetöteter Gonokokkenkulturen bei Tieren Bindehautkatarrh zu erzeugen. Diese metastatische Conjunctivitis geht häufig einher mit blennorrhoischen Gelenkaffektionen. — Bei Pocken erkrankt fast regelmäſsig auch die Augenbindehaut. Es kommen eigentliche Pockenpusteln auf der Bindehaut vor. Dieselben treten als kleine, gelbliche Bläschen meist zu Beginn des Exanthems auf, so daſs sie als wertvolle Stütze der Diagnose „Pocken" gelten können, besonders im Gegensatz zu Variolois und Varicellen, bei denen die Erkrankungen der Bindehaut sehr mild sind. — Die tuberkulöse Erkrankung der Bindehaut ist meist primär, durch ektogene Infektion entstanden. Befallen wird hauptsächlich die Tarsalbindehaut und die Übergangsfalte. — Die Syphilis befällt nur sehr selten primär die Augenbindehaut, meist ist sie fortgepflanzt von einem Lidschanker. Doch gibt es auch Fälle, wo der Primäraffekt an der Bindehaut saſs. An sekundären Erscheinungen finden sich hauptsächlich Papeln. Von tertiären Erscheinungen finden sich an der Augenbindehaut Gummata. Zur Differentialdiagnose bei sämtlichen syphilitischen Erscheinungen ist zu bemerken, daſs die primären unter lokaler, die sekundären und tertiären unter allgemeiner antiluetischer Behandlung meist rasch zurückgehen.

Cornea. Die Haupterkrankung, die Keratitis parenchymatosa, ist in der groſsen Mehrzahl der Fälle auf Syphilis zurückzuführen; bei erworbener Lues ist sie im Gegensatz zur hereditären sehr selten und dabei meist einseitig. Die Keratitis tritt bei der hereditären Lues meist doppelseitig auf und befällt fast ausschlieſslich das kindliche Alter bis zu 20 Jahren. Später wird sie auſserordentlich selten, während die Hornhautaffektionen bei erworbener Lues sich hauptsächlich im höheren Alter vom 20. bis 50. Lebensjahr finden. Keratitis parenchymatosa kann die späteste und einzige Äuſserung einer hereditären Lues darstellen.

Sclera. Eine Affektion der Sclera bei Syphilis ist meist sekundär von der Uvea oder Conjunctiva fortgeleitet.

Iris und Corpus ciliare. Das Hauptkontingent der Iritis wird von Tuberkulose und Lues gestellt. Iris und Corpus ciliare sind diejenigen Teile des Auges, die am häufigsten von Syphilis befallen werden; dabei betrifft dieselbe meist ein Auge, nur verhältnismäſsig selten stellt sich auch auf dem zweiten Auge eine Iritis ein. Auſserordentlich häufig findet sich bei der luetischen Iritis das Knötchen. Differentialdiagnostisch ist der Sitz desselben sehr wichtig; bei Lues sitzt es meist im Pupillarteil oder am Übergang des Pupillar- zum Ciliarteil der Iris. Es findet sich nach Michel in den drei Hauptstadien der Lues und entspricht demnach der Roseola, der Papel und dem Gumma. Eine Iritis kann sich als erstes aller Sekundärsymptome noch vor Eintritt einer Roseola bilden, doch fällt ihr Entstehen meist in die Sekundärperiode der Syphilis. — Einer anderen Infektionsquelle, der Blennorrhoe, ist nach der Meinung des Verfassers ein viel breiteres Feld einzuräumen, als es bisher geschah. Die Iritis tritt entweder unmittelbar nach einer blennorrhoischen Infektion auf; häufig erscheint sie ferner zu einer Zeit, wo auch die Gelenke blennorrhoisch affiziert sind, oder sie wechselt mit derartigen spezifischen Gelenkrheumatismen in ihrem Auftreten ab, so daſs man sie nach der Ansicht des Verfassers als „blennorrhoisch-rheumatisches Äquivalent" bezeichnen könnte. Vermutlich liegt hier ein der metastatischen blennorrhoischen Conjunctivitis analoges Verhalten vor.

Pupille. — Linse. — Ohne Beziehungen zu Blennorrhoe usw.

Chorioidea. Die hauptsächlichsten Ursachen der Entzündung der Aderhaut bilden Tuberkulose und Lues. Letztere kann primär und sekundär auftreten, meist unter dem Bilde der Chorio-Retinitis diffusa syphilitica. Differentialdiagnostisch wich-

tige häufige Symptome sind die staubförmigen Trübungen und die Hemeralopie. Das Leiden tritt einseitig oder doppelseitig auf, fällt meist in die späteren Stadien der Lues und ist oft das einzige noch nachweisbare Zeichen von Lues. Auch die Heredosyphilis befällt die Chorioidea, aber nur sehr selten.

Retina. Die luetische Erkrankung der Retina äufsert sich besonders in einer Perivasculitis; diese findet sich bei erworbener wie bei hereditärer Lues.

Fritz Loeb-München.

Die Rolle der Heredität in der Ätiologie der Neurofibrome, Fibromata mollusca, Elephantiasis congenita, von Ernst Lange. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Obgleich erst seit Beginn der 80er resp. 90er Jahre des verflossenen Jahrhunderts auf die hereditären Verhältnisse bei Neurofibromen Rücksicht genommen wurde, konnte Verfasser doch 45 Fälle aus der Literatur zusammenstellen, bei denen eine hereditäre Anlage nachgewiesen ist. Über diese Fälle berichtet er auszugsweise, nachdem er zuerst ausführlicher auf einen am chirurgisch-poliklinischen Institut unter Prof. Perthes beobachteten Fall näher eingegangen ist, in welchem dieses Leiden ebenfalls hereditär auftrat. Faſst man diese 46 Fälle von multipler Neuromatose zusammen, so ergibt sich das Resultat, daſs das Auftreten dieser Geschwülste beobachtet wurde:

in 2 Fällen durch 4 Generationen,
„ 9 „ „ 3 „
„ 20 „ „ 2 „
„ 12 „ bei Geschwistern.

Daraus ist ersichtlich, daſs die Heredität unter den ätiologischen Momenten bei der Entwicklung multipler Neurofibrome eine groſse, wenn nicht die Hauptrolle spielt. Fast durchgängig trat das Leiden schon in früher Jugend auf oder wenigstens zu einer Zeit, wo das Wachstum noch nicht seinen Abschluſs gefunden hat; in zahlreichen Fällen wurde sogar mit Bestimmtheit das Vorhandensein dieser Tumoren bei der Geburt konstatiert. Eine Zusammenstellung des Verfassers zeigt, daſs in einzelnen Fällen das Leiden bei den Kindern in früherer Periode zum Ausbruch kommt als bei den Eltern, während das Umgekehrte wohl niemals beschrieben wurde.

Was die Verteilung der Tumoren bei Vater und Kind betrifft, so findet sich keine Gleichheit im Sitze der Tumoren bei Vater und Kind; doch gibt es vereinzelte Fälle, wo eine solche besteht.

Die weiteren, zum Teil tabellarischen, Mitteilungen des Verfassers zeigen, daſs bei Neurofibromatose eine Steigerung des Prozesses in degenerativem Sinne bei der Descendenz statthat. Fälle, in denen eine Abschwächung des Prozesses in der Descendenz stattfindet, hat Verfasser nicht finden können. Es scheint also das Leiden progredient bis zu einem Stadium, wo die Fortpflanzungsfähigkeit des Individuums erlischt, oder diese Individuen zugrunde gehen, ehe sie das zeugungsfähige Alter erreichen. Auch hinsichtlich der Komplikationen der Neurofibromatose läſst sich in mehreren Fällen eine Steigerung konstatieren. Die Komplikationen treten, wie Verfasser zeigt, hier erst in der Descendenz auf, oder mehren sich, während sie in der Ascendenz noch gar nicht oder in geringem Grade vorhanden sind.

Zum Schluſs weist Verfasser darauf hin, daſs sich aus dem Mitgeteilten bestimmte ätiologische Schlüsse ziehen lassen in der Hinsicht, daſs jedenfalls die Anlage zu Tumoren in den Keimzellen vorhanden gewesen sein muſs, aus denen sich das Individuum entwickelte. Da in einzelnen Fällen aus den Neurofibromen Sarkome hervorgehen, so hält Verfasser seine ätiologischen Schlüsse auch für die Ätiologie der malignen Tumoren für vielleicht nicht ganz bedeutungslos.

Der fleiſsigen Arbeit ist ein gutes Literaturverzeichnis beigegeben.

Fritz Loeb-München.

Ist die Blastemlehre Rokitanskys berechtigt oder nicht? von Moriz Benedikt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Rokitansky versteht unter Blastem die gesamten Arten von auftretendem Gefäfsinhalte, so die Ernährungsflüssigkeit im normalen Zustande, die Exsudate, die hämorrhagischen Ergüsse und selbst die „Erstarrungen" innerhalb der Gefäfse. Die Entstehung von Bindegewebe aus den Zellen kennt Rokitansky, und dennoch besteht er — und gewifs mit Recht — auf die Entstehung von unterzelligem gelatinösem Bindegewebe direkt aus dem Blastem. Die Diapedese hielt R. für das Ergebnis eines Gefäfswanddefektes. Als gesetzmäfsige Begleitung der entzündlichen Stase war sie ihm unbekannt. Deshalb erklärte er die Auswanderer — weifse und rote Blutkörperchen — als Produkte des Ergusses, und auch den Eiter. Er behauptete entschieden, dafs den Elementen des Eiters keine morphogenetischen Eigenschaften zukommen und dafs sie dem Untergange verfallen, während in der Blüteperiode der Diapedesislehre diesen Elementen eine positive Rolle zugeschrieben wurde. B.s Erinnerungen an Rokitansky sollen den grofsen medizinischen Klassiker neben Skoda u. a. mehr und mehr zur Geltung bringen; dabei soll es nicht seine Absicht sein, etwa Rokitanskys Lehren zu modernisieren und neu aufzuputzen. Nur dem Genius und seiner Geschichte soll mehr Gerechtigkeit werden.

Arthur Rahn-Berlin.

Der Ursprung und die Natur der Blutplättchen, von James Homer Wright. (*Boston med. and surg. Journ.* 7. Juni 1906.) Durch eine besondere Art von Blutfärbemethode, welche Verfasser schon früher (1902) beschrieben hat, gelang es ihm, die einzelnen Blutbestandteile genau zu studieren, und er kam dabei zu der Überzeugung, dafs die Blutplättchen abgelöste Teile des Cytoplasmas jener im Knochenmark und in der Milz vorhandenen Riesenzellen, welche von Howell Megakaryocyten genannt wurden, sind. Den Beweis für diese Theorie bringt W. in ausführlicher Weise, die aber nur vermittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich ist. In Übereinstimmung mit anderen Autoren fand W. nur im Blute von Säugetieren Blutplättchen, und diese sind auch die einzigen Lebewesen, welche Riesenzellen in ihren blutbildenden Organen enthalten. Auch die pathologischen Befunde sprechen für diese Abhängigkeit der Blutplättchen von den Riesenzellen: so wurde wiederholt konstatiert, dafs bei perniciöser Anämie und lymphatischer Leukämie das Blut abnorm wenig Plättchen enthält, während andererseits im Knochenmarke eine auffallend geringe Menge von Riesenzellen vorhanden ist; bei posthämorrhagischer Anämie, ebenso bei der myelogenen Leukämie sind die Blutplättchen an Zahl vermehrt, ebenso aber auch die Riesenzellen in den blutbildenden Organen, vor allem im roten Knochenmark.

Stern-München.

Die kleinzellige Infiltration der Haut, von Ernst Gebert-Berlin. (*Virchows Arch.* 184. Bd. 1906.) Die Untersuchung der Natur der die kleinzellige Infiltration bildenden Elemente bietet schon aus dem Grunde ein grofses Interesse, dafs die meisten Erkrankungen der Haut im mikroskopischen Bilde kleinzellige Infiltration zeigen. Verfasser hat sich nun die Lösung folgender Frage zur Aufgabe gemacht: Sind die bei der kleinzelligen Infiltration gefundenen Lymphocyten schon vorher in der Haut vorhanden, sind sie also durch Vermehrung bereits, wenn auch in spärlicher Zahl an Ort und Stelle vorhandener Lymphocyten entstanden, oder sind sie durch Emigration an die Stelle der kleinzelligen Infiltration gelangt, resp. haben sie sich aus anderen Zellen umgeformt? Die Untersuchungen wurden vornehmlich an der Haut gesunder Neugeborener angestellt, besonders wurde die Haut eines 7 Monate alten Foetus verwertet, dessen Sektion, wie auch die der Mutter absolut keinen Anhalt für irgendeinen abgelaufenen Prozefs der kindlichen Haut gab. Die Präparate von jugendlichen Individuen zeigen stets neben den gröfseren Gefäfsen, gewöhnlich

in der äufseren Schichte der Adventitia, Lymphocyten, allerdings meist in geringer Zahl. Die Präparate von den Impfnarben eines erwachsenen Mannes, der nach dem sonstigen Hautbefunde in letzter Zeit keine entzündliche Affektion der Haut durchgemacht hat, weisen sowohl parallel den Gefäfsen Reihen von Lymphocyten, wie auch gröfsere Haufen derselben in der Nähe der grofsen Gefäfse auf. — Die Lymphocyten sind also stets auch im normalen Zustande in der Haut neben den gröfseren Gefäfsen vorhanden; sie vermehren sich bei den entzündlichen Prozessen und verbreitern sich auch in das umgebende Gewebe. Auf diese Weise erscheint es unnötig, zur Erklärung der bei der kleinzelligen Infiltration gefundenen Bilder die Emigration aus den Gefäfsen heranzuziehen; auch die Frage, ob sie sich durch Umformung aus anderen Zellen (Leukocytoiden) bilden, ist zu verneinen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Cytologie der durch Vesikantien hervorgerufenen Flüssigkeit und deren diagnostischer Wert, von R. Telatizky. (Inaug.-Dissert. Genf 1905.) Die Einzelheiten der Arbeit müssen im Original studiert werden. Verfasser spricht der Untersuchung des Inhaltes von Blasen, die durch Applikation von Vesikantien hervorgerufen werden, einen Wert für die Diagnose der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten zu. *Fritz Loeb-München.*

Über die Rolle der Leukocyten bei der Resorption und der Fortschaffung des Quecksilbers, von Louis Cuisinier. (*Thèse de Lyon.* 1903/04. Nr. 86.)

Fritz Loeb-München.

Einwirkung des Erysipels auf Tumoren, von Hanna Kappes. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1904.) Nach einem kurzen historischen Exposé gibt Verfasserin eine Anzahl einschlägiger Sarkomfälle aus der Literatur, um zunächst einen Fall von Sarkom der axillaren und supraclavikulären Lymphdrüsen anzuschliefsen. In diesem Falle waren Nekroseherde mitten in der Geschwulst und eine als Reaktion aufzufassende Bildung eines zellarmen Bindegewebes, das bald in Schrumpfung überging, aufgetreten und mit „aller Wahrscheinlichkeit" als direkte Wirkung der Erysipelkokken aufgefafst worden.

Den mitgeteilten Fällen von wenigstens teilweiser Rückbildung, wenn nicht gänzlicher Heilung eines Sarkoms durch das Auftreten eines Erysipels, schliefst Verfasserin einige in der Literatur niedergelegte Fälle an, in denen es sich um Carcinom handelte. Unter acht Fällen von Sarkom erfolgte viermal vollständige Heilung, ebenso oft teilweise Rückbildung, während man nur in einem Falle ein Rezidiv beobachtete. Bei den Carcinomen trat dreimal Heilung, siebenmal eine Verkleinerung des Tumors ein. In zwei Fällen von Narbenkeloiden erfolgte jeweils dauernde Heilung, ebenso in zwei Fällen von skrophulösen Lymphomen, während die leukämischen Drüsenschwellungen für kurze Zeit zurückgingen, um bald zu rezidivieren. Verfasserin bespricht weiter die verschiedenen Erklärungsversuche dieser Vorgänge; neben der Wirkung der hohen Fiebertemperatur erblickt sie in der Wirkung von im Blute kreisenden Bakteriengiften wichtige ätiologische Momente dieser ganzen Prozesse, die man, wie sie im Schlufskapitel ihrer Arbeit ausführt, auch schon versucht hat, therapeutisch zu verwerten. *Fritz Loeb-München.*

Quecksilber und Schleimhaut. Die lokale Hydrargyrose. Eine klinische Studie nach Aachener Erfahrungen, von Carl Schuhmacher II. (*Mayer-Festschrift.*) Diese lokale Wirkung des Quecksilbers auf die Schleimhaut, vom Verfasser Hydrargyrose genannt, besteht in umschriebenen Veränderungen der Rachenschleimhaut, die vorzugsweise nekrotischen Charakter zeigen, aber auch mit kleinen Wucherungen, papelähnlichen Bildungen, kleineren oder gröfseren Erosionen und Geschwüren, die wenig entwickelten syphilitischen Papeln häufig sehr ähneln, einhergehen. Die lokale

Hydrargyrose entsteht und vergeht durchschnittlich ohne Schädigung des Zahnfleisches, ohne üblen Mundgeruch, Speichelfluſs usw.; zu dem Begriff der lokalen Hydrargyrose gehört daher, daſs die weitere und weiteste Umgebung dieser örtlichen Erkrankung, also die Mundhöhle im ganzen, von denjenigen Erscheinungen frei ist, die wir als Stomatitis mercurialis zusammenfassen. Meist handelt es sich um Patienten, die häufig Quecksilberkuren, oft unter ungünstigen Verhältnissen, durchzumachen hatten, und bei denen andererseits immer sich wiederholende Syphilisrezidive auf den oberen Verdauungswegen, bei Freisein des übrigen Körpers von Syphiliserscheinungen, vorkommen. Die Unterscheidung, ob es sich in solchen Fällen um Quecksilber- oder Syphiliserscheinungen handelt, ist bekanntlich eine sehr schwierige und dünkt es Referenten auch nach des Verfassers noch so eingehender Besprechung an der Hand selbst erlebter, besonders charakteristischer (sieben) Fälle zu bleiben. Der erste sichere Weg der Unterscheidung ist, die Quecksilberbehandlung wegzulassen, ein zweiter, statt Quecksilber Jodpräparate zu geben; bei Heilung der Munderscheinungen bleibt aber doch im letzteren Falle die Frage ungelöst, welcher Natur dieselben waren. Tuschieren mit Höllenstein bessert meist merkurielle Erscheinungen, beeinfluſst aber weniger reine Syphilis, während Chromsäure (20 bis 30%ige) auf beide gleich günstig wirkt. Handelt es sich aber darum, eine sofortige sichere Entscheidung zu treffen, so sind all diese Mittel ohne Bedeutung, und Schuhmacher glaubt, nach seinen jahrelangen Beobachtungen den unteren Pharynx als das hierfür entscheidende Gebiet erkannt zu haben: zeigt die laryngoskopische Untersuchung desselben lokale Quecksilbererscheinungen, so seien mit Sicherheit die auf der Schleimhaut des Mundes und des Gaumens vorhandenen, verdächtigen Erscheinungen entweder rein merkurieller Natur oder verdankten bei ungetilgter Syphilis der gleichzeitig bestehenden Hydrargyrose ihren Ursprung. Trotzdem schlieſst auch Verfasser mit der Bemerkung, daſs diese Frage noch weiterer Klärung bedarf. *Stern-München.*

Eisen- und Kalkimprägnation in menschlichen Geweben, insbesondere den elastischen Fasern, von S. Ehrlich-Charkow. (*Centralbl. f. allg. Pathol. usw.* 1906. Nr. 5.) E. bemerkte gelegentlich der Untersuchung eines Rektumpolypen, daſs die elastischen Fasern (Schnittfärbung mit Hämatoxylin-Eosin), besonders der Muscularis mucosae, stark mit Hämatoxylin gefärbt waren, und schloſs daraus, daſs diese Fasern Eisen enthalten müſsten, was in dieser oder jener Form aus dem Blutpigment freigeworden war. Die Eisenreaktion von Perls durch Bildung von Berlinerblau mit Hilfe von Ferrocyankalium und Salzsäure bekräftigte die Voraussetzung, die elastischen Fasern färbten sich blau, folglich waren sie durch Eisen imprägniert. Verfasser setzte die Untersuchungen fort und fand, daſs die Darmpolypen und am stärksten die elastischen Fasern mit Eisen imprägniert waren, ebenso die der Milz. Die letzteren waren stellenweise stark degeneriert, verdickt, zerfallen und riefen die Bildung von Riesenzellen in ihrer Peripherie hervor. Aufserdem fand sich in der Kapsel und Schwiele der Milz an der Imprägnationsstelle Hämosiderin in Bindegewebszellen, im Zentrum der Infarkte Hämatoidin. In der Peripherie eines Lymphangioms des Gehirns mit frischer Blutung und reichlicher Ablagerung von Hämosiderin fand sich eine schwache, diffuse Durchtränkung mit Eisen, starke Imprägnation der Kapillarenwände und kleinen Arterien; hier durchtränkt das offenbar hämatogene Eisen die Gewebe diffus, lagert sich in den elastischen Fasern des Organs, in den Arterien und Kapillarwänden ab. Weiterhin weist E. auf die besondere Neigung der elastischen Fasern lebender Gewebe in der Nachbarschaft von Hämorrhagien hin, sich mit eisenhaltigen Verbindungen der Derivate des Blutpigments zu imprägnieren; solche Fasern können sekundär Kalk aufnehmen. Die zweite, ganz andersartige Kategorie bilden die Fälle der Kalkeisenimprägnation und der Imprägnation mit Kalk allein und mit Eisen

allein. So fand Verfasser in käsigen, tuberkulösen, verkalkenden Herden aufser Kalkablagerungen in amorphen, nekrotischen Produkten auch die elastischen Fasern der Alveolarsepten und Gefäfse mit Kalk inkrustiert. Im Sputum eines Kranken mit wenig Tuberkelbazillen fanden sich durch Kalk inkrustierte elastische Fasern. In verödeten Globuli einer Niere fand sich neben Kalk auch Eisen. In der Membrana elastica interna arterieller Gefäfse dehnte sich die Eisenablagerung auf eine gröfsere Strecke aus als die Kalkinkrustation. Eine mit Eisen durchtränkte Strecke der Membrana elastica wies im Mittelteil Kalk auf. Mit Schwächerwerden der Eisenprobe verstärkte sich der Kalkgehalt. In einem Falle enthielt die Membrana elastica nur Eisen. Durch diese Beobachtungen werden zu den Forschungen Gierkes neue Tatsachen erbracht, welche bekräftigen, dafs die Verkalkung und Eisenablagerung sehr oft Hand in Hand geht. Aufserdem setzt Verfasser voraus, dafs die Eisenimprägnation der Kalkablagerung vorausgeht und dafs das Eisen die Rolle einer Beize für die Kalkablagerung spielt. *Putzler-Danzig.*

Neue Untersuchungen über die quantitative Aufnahme organischer Nitrokörper durch die Haut, von Ludwig Müller. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1906.) Die Arbeit ist eine Fortsetzung resp. Ergänzung der von verschiedenen Schülern K. B. Lehmanns angestellten Untersuchungen auf dem Gebiete der Hautresorption.

Fritz Loeb-München.

Über Jodipinresorption, von Helmuth Peters. (Dissertation. Giefsen 1905.) Verfasser kommt zu folgendem Schlufsresultat: Das Jodipin haftet stark am Ort der Einspritzung und durchdringt dabei die umgebenden Gewebe. Es verfällt dort einer langsamen Zersetzung und Resorption und erscheint danach wohl geeignet, bei Einspritzungen an Ort und Stelle langdauernde Lokalwirkung zu entfalten.

Fritz Loeb-München.

Die Frage der Resorption und Durchgängigkeit der intakten äufseren Haut des Menschen, von Otto Gerke. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Ein Überblick über alle, mit Flüssigkeiten, Gasen und in Salbenform applizierten Substanzen an der absolut intakten menschlichen Haut erhaltenen Resultate ergibt, dafs diese bestenfalls nur eine äufserst geringe, praktisch nicht oder kaum in Betracht kommende Durchgängigkeit besitzt. Eine praktisch nennenswerte Resorption von Medikamenten von der Haut aus, wie solche tatsächlich erwiesen, findet nur dann statt, wenn durch das chemische Verhalten dieser Stoffe oder durch wiederholtes energisches Einreiben eine Kontinuitätstrennung oder eine sonstige Läsion der Epidermis herbeigeführt wird oder wenn endlich noch durch die Vermittlung des elektrischen Stromes Medikamente kataphorisch inkorporiert werden. Trotzdem also eine völlige oder nahezu völlige Impermeabilität der Epidermis sich bei den Versuchen ergeben hat, bei denen möglichst alle Fehlerquellen ausgeschlossen wurden, darf man doch annehmen, dafs die vielfachen dermatotherapeutischen Mafsnahmen vom wissenschaftlichen Standpunkte aus der Berechtigung nicht entbehren. Viele dieser Fehlerquellen, z. B. Einatmung der applizierten Substanzen durch die Lungen, Schleimhautresorption usw., spielen in Wirklichkeit in der Therapie die Hauptrolle, welche der intakten Haut künstlich das Resorptionsvermögen zuzuteilen scheint, das sie normal nicht besitzt, und ihr so ihre hohe Bedeutung als Applikationsorgan für medikamentöse Materien bewahrt. Das funktionelle Resorptionsvermögen der Haut ist bei alledem gleich Null, und hierin liegt die wichtige und für den Organismus höchst wertvolle Bedeutung der intakten menschlichen Haut: sie ist ein Schutzmittel gegen das Eindringen von schädlichen Stoffen der Aufsenwelt in den Körper. *Fritz Loeb-München.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur Behandlung von Hautkrankheiten, von Max Marcuse - Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 7/8.) Allgemeine Bemerkungen für die Praxis, die Verfasser in folgenden drei Grundsätzen resumiert:

1. Die therapeutische Wirksamkeit und individuelle Verträglichkeit eines Medikamentes ist in hohem Maſse abhängig von dem Vehikel, in dem es dargereicht, und von der Art, in der es appliziert wird.

2. Die gebräuchlichen Konzentrationen, in denen die Medikamente verordnet zu werden pflegen, sind viel zu hohe; mit erheblich niedrigeren erzielt man gleich günstige Heilresultate und vermeidet überdies meist die schädlichen Nebenwirkungen; gleichzeitig erweitert man dadurch die Möglichkeit der erfolgreichen Anwendung der verschiedenen Medikamente, sowohl was die Toleranz der Individuen, als auch was die Zahl und Art der Krankheiten anbelangt.

3. Erweist sich im Laufe der Behandlung die Erzielung einer erhöhten Wirksamkeit des Medikamentes notwendig, so soll diese nicht ohne weiteres durch Steigerung der Konzentration erstrebt, sondern die Anwendung eines geeigneten Vehikels und einer energischeren Applikationsmethode soll zunächst in Erwägung gezogen werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Behandlung der Verdauungsstörungen und der infantilen Toxidermiten mit Buttermilch, von Molinier. (*Revista Ibero-Americana de Cienc. med.* 1906. Nr. 30.) Der Verfasser will in solchen Fällen aufserordentlich günstige Resultate erzielt haben mit Buttermilch, die er den Kindern in täglichen Dosen von 800 g verabreicht, und zwar in einzelnen Quantitäten von 150 g. *C, Müller-Genf.*

Über die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heifsen Bädern, von R. Richter - Waldenburg (Schlesien). (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) R. übt seit fünf Jahren eine Art der Wundbehandlung, die auf dem gleichen Prinzip beruht, wie die Biersche Stauungshyperämie. Er läfst nämlich bei Weichteilquetschungen mit und ohne Verletzung der Haut, bei Entzündungen infolge eingedrungener Fremdkörper, bei infizierten Wunden, Panaritien, Furunkeln und Phlegmonen, sofern der Sitz der Affektion es möglich macht, das geschädigte Glied, d. h. bei Erkrankungen der Finger oder der Zehen die Hand oder den Fufs, bei Entzündungen an der Hand oder am Fufs den Unterarm oder Unterschenkel mehrmals täglich eine halbe bis eine Stunde lang in möglichst heifsem Wasser baden. Die Temperatur mufs dabei durch Zugiefsen heifsen Wassers gleichmäfsig erhalten werden; auf jeden Liter Wasser wird zweckmäfsig etwa ein halber Efslöffel Soda zugesetzt, nach dem Bade wird mit reiner, trockener Gaze verbunden. Bei Ober- und Unterschenkelaffektionen beschränkt sich R. häufig auf feuchte Packungen, die durch Wärmeflaschen andauernd möglichst warm erhalten werden. Mit der sonst üblichen Inzision wartet R. tunlichst lange; sehr oft werden die Entzündungsprodukte resorbiert, oder es bricht der Eiter von selbst im Bade durch. Die Resultate dieser Behandlungsmethode sind sehr befriedigende; das Verfahren ist daher für alle Fälle, in denen aus irgendwelchem Grunde die Stauungstherapie nicht anwendbar ist, warm zu empfehlen.

Götz-München.

Ichthyolbäder in der dermatologischen Therapie, von Ch. Du Bois. (*Revue médicale.* 1905. Nr. 6.) Verfasser hat in etwa 100 Fällen verschiedener Hautkrankheiten Ichthyolbäder zu therapeutischen Zwecken angewendet. Die mittlere Dosis betrug 250,0—300,0 Ichthyol pro balneo, die Dauer des Bades ¼—6 Stunden täglich. In keinem Falle erwiesen sich die Ichthyolbäder für die Haut schädlich, in sehr vielen erzielte Verfasser damit — insbesondere mit den prolongierten Bädern —

sehr günstige Erfolge. Sehr gute Dienste leistete die Methode zur Beseitigung des Juckreizes, sogar in Fällen von Prurigo senilis (Bäder von ½—1½ Stunden, jeden zweiten Tag durch einige Wochen). Die Hauptindikation für die Ichthyolbäder bilden aber nach Verfasser die Fälle von trockenen und feuchten Ekzemen, Pityriasis und Psoriasis; manche Fälle von Schuppenflechte wurden ohne andere Behandlung auf diese Weise vollkommen geheilt. Mehrere Fälle von Rheumatismus (insbesondere auf blennorrhoischer Basis) wurden durch die Ichthyolbäder sehr günstig beeinflufst.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut und der Geschlechtsorgane, von KARL ULLMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 18/19.) Verfasser berichtet über 80 Fälle, bei denen er die BIERsche Methode anwandte; besonders fruchtbar ist die Methode bei allen tuberkulösen Erkrankungen, ebenso bei Furunkeln und Abscessen, auch bei Akneknoten und Sykosis. Auch venerische Erkrankungen wurden mit Stauung und Saugtherapie behandelt. Von diesen kann Verfasser über die Resultate bei heifsem Perinealbscefs in 2 Fällen, periurethraler blennorrhoischer Infektion in 11, Bartholinitis in 3, Epididymitis in 8, Epididymitis bilateralis in 2, Adenitis inguinalis ex ulcere venereo in 4, Adenitis inguinalis strumosa in 4, zusammen also bis jetzt bei 34 Fällen von entzündlichen Infiltrationszuständen von Drüsen und deren Umgebung berichten. Überall war der Erfolg eklatant, besonders bemerkenswert war auch stets die schmerzstillende Wirkung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Anwendung der Hyperämie nach BIER bei einigen Erkrankungen der Diabetiker, von KARL GRUBE-Neuenahr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) I. Furunkulose. Während COLLEY vor einiger Zeit auf Grund zweier ungünstiger Erfahrungen vor der Behandlung von Diabetikern mit Stauungsbinden und Saugglocken gewarnt hat, kann GR. die Anwendung des BIER-KLAPPschen Verfahrens bei Zuckerkranken nur empfehlen. Er hat zahlreiche Fälle von Furunkeln und Karbunkeln bei leichten und schweren Diabetesformen mit Saugglocken behandelt und gefunden, dafs das Verfahren sehr viel schonender ist, schneller zur Heilung führt und in schweren Fällen eher vor dem Auftreten von Coma zu schützen scheint als die alten Behandlungsmethoden.

II. Diabetisches Fufsgeschwür; diabetische Gangrän. Bei Diabetikern kündigt sich die drohende Gangrän häufig durch Anästhesie oder Hypästhesie, besonders an den Zehen und Fufssohlen, starke Schmerzen in den Füfsen und Beinen, livide Verfärbung der Haut und zahlreiche punktförmige Hautblutungen an. Solche Fälle behandelt GR. mit gutem Erfolge in der Weise mit heifser Luft, dafs er das kranke Glied täglich eine Stunde lang in einen Heifsluftkasten bei 60—65° bringt; höhere Temperaturen sind nicht zu empfehlen. Schon nach wenigen Sitzungen schwinden die oft sehr heftigen Schmerzen, das kranke Glied wird wärmer und bekommt normalere Farbe, bestehende Geschwüre zeigen häufig eine überraschende Tendenz zur Heilung. Unangenehme Folgen hat GR. von dem Verfahren nie beobachtet.

Göts-München.

Erfahrungen über Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen, von O. NORDMANN. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 29.) Verfasser berichtet über die Ergebnisse der Stauungshypermie bei akuten Entzündungen, die er seit einem Jahre im Krankenhause am Urban gewonnen hat. Sein Material betrifft 60—70 Fälle, unter anderen beginnende Phlegmonen, Panaritien, Abscesse, Furunkel und Karbunkel.

Die Methode leiste bei beginnenden Entzündungen Gutes, oft Hervorragendes. Die Behandlung mit den Saugnäpfen führt bei Furunkeln, Abscessen, Nahtstich-eiterungen schnell zum Ziel. Bei grofsen Karbunkeln kommen Mifserfolge vor. Die

Stauungsbehandlung mit der Gummibinde erfordert eine sehr sorgfältige Überwachung und häufige Kontrolle, daher ist sie in der Praxis, wo der Arzt den Kranken nur ab und zu sehen kann, nicht ratsam. Dagegen kann die Behandlung mit den Saugnäpfen ambulant durchgeführt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Orientierung des praktischen Arztes über die Anwendung und Erfolge der Stauungshyperämie, von Ernst Venus. (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 28.) V. berichtet in dem Artikel über die Erfolge mit der Bierschen Stauung. Er erwähnt dabei, daſs Klapp 100 Fälle von Furunkeln, Panaritien usw. usw. mit Saugglocken erfolgreich behandelt hat. Ganz frische Furunkel wurden in ein bis zwei Sitzungen (täglich dreiviertel Stunden) kupiert. Bei ausgebildeten Furunkeln wird das oberste Häutchen, wenn eine Kuppe vorhanden, abgenommen. Kommt es zur Nekrose, so wird durch die Stauung schnelle Bildung und Lösung des Haartalgsequesters beobachtet. Durchschnittliche Heilungsdauer fünf bis sechs Tage. Einen ausgezeichneten Erfolg sah Klapp bei einem infektiösen Insektenstich. *Putzler-Danzig.*

Quecksilberwasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut, von Kromayer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 10.) Das von Dr. L. Arons vor 14 Jahren entdeckte Quecksilberlicht entsteht im luftleeren mit Quecksilbergas gefüllten Raume durch elektrischen Gleichstrom, welcher das Quecksilbergas zum Leuchten bringt. Die einfachste Form einer Quecksilberlampe ist ein gerader Glaszylinder, an dessen abgebogenen Enden sich die Elektroden und flüssige Quecksilbermassen befinden. Die Gestalt der Quecksilberlampe kann mannigfach sein, die einer einfach oder mehrfach gewundenen oder gebogenen Röhre oder bauchig und nierenförmig; nach der verschiedenen Gestalt richten sich Art und Weise des Zündens der Lampe. Mit einer im Frühjahr 1904 von Dr. Arons gütigst zur Verfügung gestellten Quecksilberquarzlampe mit mehrfach gewundenem Leuchtrohr, von der bekannten Platinschmelze W. C. Heräus in Hanau hergestellte, machte K. seine ersten Versuche und Experimente, die aber zunächst nicht günstig ausfielen. Die Heräuslampe besaſs zwar sehr starke chemische Energie, wurde aber dennoch vom Eisenlicht in der Oberflächenwirkung, vom Finsenlicht in der Tiefenwirkung übertroffen. Ein weiteres, die Wirkung der Quecksilberlampe beeinträchtigendes Moment war die von ihr ausgestrahlte Wärme, welche die Benutzung ihrer Strahlen erst in einer gewissen Entfernung von der Lampe gestattete. Die Beseitigung beider Übelstände war zu erhoffen, wenn es gelang, die Lampe in genügender Weise abzukühlen, wofür K. das flieſsende Wasserbad als das geeignetste Mittel benutzte. Im Sommer 1904 stellte die Firma W. C. Heräus die erste Quecksilberwasserlampe fertig. An jeder Lampe unterscheidet man zwei verschiedene Teile: 1. den Quarzkörper, bestehend aus dem eigentlichen Leuchtrohr mit seinen beiden luftdicht eingefügten Elektroden und seinen Quecksilberbehältern, 2. das Wassergehäuse, in das der Quarzkörper derart wasserdicht eingebaut ist, daſs in ihm ein permanenter Wasserstrom zirkulieren kann; es besteht bei den meisten Lampen aus Metall, mit Quarzfenstern an den Stellen, an denen das Licht austreten soll. Zum Gebrauche wird die Lampe an die Wasserleitung angeschlossen und dann zum Zünden gebracht, nachdem man die Lampe unter Vorschaltung geeigneter Widerstände mit der elektrischen Zentrale verbunden hat. Nach den bis jetzt vorliegenden Untersuchungen ist die Entzündung hervorrufende und bakterizide Wirkung des Quecksilberlichts sehr groſs.

Die Vorteile der Lampe sind folgende: Kürzere Belichtungsdauer: dem Eisenlicht gegenüber die Hälfte der Zeit, dem Finsenlicht gegenüber ein Drittel bis ein Fünftel der Zeit. Behandlung gröſserer Flächen; Behandlung der Schleimhäute; Bequemlichkeit für Arzt, Wärter und Patienten; Billigkeit infolge geringen Stromverbrauches (im Durchschnitt 4 Ampère gegen 20 Ampère beim Eisen- und Finsenlicht.

Indikationen:

1. Lupus und oberflächliches Cancroid: Belichtung unter Anwendung der Lampen als Drucklinsen eine halbe bis eine viertel Stunde.

2. Naevus vasculosus: Belichtung desgleichen eine halbe Stunde.

3. Alopecia areata: Belichtung je nach dem Abstand der Lampe von der kahlen Kopfpartie, 1—3—6 Minuten.

4. Acne rosacea, wie 3.

5. Ekzeme, wie 3.

6. Akute und chronische Blennorrhoe, 5—10 Sekunden! Harnröhrenlampe $2^1/_2$ Ampère.

7. Hartnäckige syphilitische Affektionen und Geschwüre (Psoriasis linguae), die der gewöhnlichen allgemeinen und lokalen Behandlung trotzen. Wie 1 oder 3.

K. hat bei ihnen in einzelnen Fällen vorzügliche, zum Teil glänzende Resultate erzielt, nachdem alle anderen Mittel vorher versagt hatten. Dafs das Licht auch direkt schaden kann, möchte er besonders für das Ekzem betonen und vor kritikloser Anwendung warnen. *Arthur Rahn-Berlin.*

Phototherapie; Radiotherapie, von Paul François-Antwerpen. Verfasser berichtet (auf dem I. physiotherapeutischen Kongrefs in Lüttich 1905) über die Resultate seiner radio- und phototherapeutischen Versuche.

I. Die Radiotherapie wurde vom Verfasser bei folgenden Erkrankungen angewendet:

1. Bei Hautcarcinomen. Die Resultate waren glänzend bei Ulcus rodens (19 Heilungen auf 20 Fälle), bei papillärem, papillomatösem und oberflächlichem flachem Epitheliom. Bei Epithelioma vulgare hängt der Erfolg vom Alter und Allgemeinbefinden des Patienten, von der Ausbreitung und Tiefe, vielleicht auch vom histologischen Charakter der Veränderungen ab.

2. Bei Cancroiden der Unterlippe konnte die Radiotherapie in einem Falle dem Prozesse nicht Einhalt tun, in zwei anderen wurde Status quo monatelang beobachtet.

3. Ganz erfolglos war die Behandlung der Carcinome der Zunge, des Gaumens, des Oberkiefers, des Afters, der subklavikulären und cervicalen Lymphdrüsen, je eines Falles von Gliom und Lymphosarcom.

4. Bei Carcinomrecidiven der Brust wurde ein vollständiger Rückgang der Geschwülste und ein fast gänzliches Verschwinden der subjektiven Beschwerden erzielt, die Kranken sind aber trotzdem an allgemeiner Carcinomatose zugrunde gegangen.

5. Von 18 Fällen von Lupus vulgaris konnte in keinem Falle eine vollkommene Heilung erzielt werden.

6. Die Resultate bei Lupus erythematosus fielen in einem Falle positiv, in einem zweiten negativ aus.

7. Bei der Hauttuberkulose hatte Verfasser viermal Mifserfolg; bei der Tuberculosis verrucosa eine leichte Besserung; bei Lymphdrüsentuberkulose trat in einem Falle Heilung, in zwei Fällen Besserung ein.

8. Alle Fälle von Herpes tonsurans (57) und von Favus (10) wurden nach Anwendung der von Sabouraud empfohlenen Technik vollkommen geheilt.

9. Von 10 Fällen von Sycosis barbae wurde in 7 Fällen eine vollkommene Heilung erzielt; in 3 anderen ist ein Recidiv eingetreten.

10. In einem Falle von Mycosis fungoides ist die Geschwulst vollkommen verschwunden, Verfasser glaubt aber nicht, dafs die Radiotherapie die Erkrankung vollkommen heilen könnte.

11. Vollkommene Heilung erzielte Verfasser in einem Falle von sehr ausgebreiteten Verrucae vulgares, in 2 Fällen von Verrucae planae juveniles, in einem Falle von Neurodermitis chronica circumscripta und in einem Falle von hartnäckiger Psoriasis. Mifserfolg hatte Verfasser bei Behandlung je eines Falles von Naevus pilaris und pigmentosus und von Keloid.

II. Die Resultate der Anwendung der Finsenschen Methode waren folgende:

1. Die Phototherapie erzielte glänzende Resultate in allen Fällen von Lupus vulgaris, die flach, nicht exulceriert, nicht zu alt und noch nicht behandelt waren. Sie ist besonders bei Lokalisation des Lupus im Gesicht angezeigt. In Fällen, wo auch die Schleimhaut affiziert ist, in alten (über 15 Jahre dauernden) Fällen, endlich in Fällen, die bereits anderen Behandlungsmethoden trotzten, kann die Finsensche Methode ebenfalls sehr gute Resultate erzielen, doch mufs hier die Behandlungsdauer oft wesentlich länger sein.

2. In Fällen von Lupus erythematosus erzielte Verfasser dreimal Heilungen, zweimal bedeutende Besserung.

3. Von zwei Fällen von Gesichtstuberkuliden wurde ein Fall geheilt, zwei wesentlich gebessert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beiträge zur Radiometrie, von Ernst Eitner. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 24, 25.) E. hält von allen radiometrischen Verfahren das Freundsche Jodoform-Chloroformradiometer für das brauchbarste, weil es mit Hilfe eines einfachen Instrumentariums weder besondere Mühe noch nennenswerten Zeitaufwand erfordert, auch ist es bei nicht zu kleinem Betriebe wohlfeil. Er hat das Verfahren in zweckmäfsiger Weise verbessert. Das Instrumentarium, mit welchem E. arbeitet, besteht aus einer kleinen Apothekerwage zum Abwägen des Jodoforms, einer Anzahl Reagenseprouvetten (Zelluloidreprouvetten oder möglichst dünnwandige Glaseprouvetten mit höchstens 10 mm weiter Lichtung, 5 ccm Rauminhalt, noch 1 ccm Raum für den Stöpsel und eine 2 mm dicke Luftschicht zum besseren Umschütteln und schnellerer Lösung des Jodoforms), schwarze Papierhülsen für diese Eprouvetten, Vergleichseprouvetten für die Jodlösungen, eine lichtdichte Schachtel für die Aufbewahrung derselben, ein kleiner Dunkelkasten, ein Reagenseprouvettenträger zur Anbringung der Reagenseprouvette an der Röhre. E. schildert dann das modifizierte Verfahren ausführlich, bezüglich dessen Einzelheiten auf die Originalarbeit verwiesen sei. Das Verfahren ist bei korrekter Handhabung sehr empfindlich und gestattet geringe Strahlendosen von zwei Minuten Expositionszeit zu messen. Auch für die Messung der Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen eignet sich das Jodoform-Chloroformverfahren. Doch müssen die Messungen am besten bei einer Temperatur von 15—18° C. vorgenommen werden, um Irrtümer zu vermeiden. Die Einwendung, dafs die nach der Exposition weiter fortschreitende Jodausscheidung eine genaue Messung unmöglich mache, ist nach E. nicht stichhaltig, da sich die Messungsfehler bei genauer Beobachtungen der Vorschriften über Reinigung, Beobachtung und eventuelle Korrektur der Zimmertemperatur verweilen lassen. Die Kontrollversuche ergaben die Richtigkeit dieses Messungsverfahrens. Eine am Schlufs der Arbeit aufgeführte Tabelle über 25 Fälle von Röntgenbestrahlungen, welche mit dem Jodoform-Chloroformradiometer kontrolliert wurden, stellt eine Reproduktion des Behandlungsprotokolls dar und enthält die mit diesem Radiometer erhaltenen Werte für die applizierten Dosen und die unmittelbare Wirkung derselben. *Putzler-Dansig.*

Die Durchdringungsfähigkeit der blauen und gelben Lichtstrahlen durch tierische Gewebe, von W. Lenkei-Almádi. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 27.) Durch Haut und Bindegewebe penetriert in die Tiefe von 1—2 cm. Ein hundertstel Teil des auffallenden Lichtes, wovon 5 % blaue und 85 % gelbe (teilweise grüne) Strahlen

sind. Wenn keine Muskelschicht vorhanden ist, gelangen Spuren von blauen Strahlen bis über 3 cm Tiefe. Ein kleiner Teil des Lichtes penetriert bis 5—6 cm, selbst durch Muskelschichten, doch ausschliefslich gelbe Strahlen. Die roten Strahlen konnten nicht untersucht werden, weil dieselben die gebräuchlichen, lichtempfindlichen Substanzen nicht verändern. Doch ist bestimmt, dafs die letzten Strahlen in gröfserer Menge und tiefer dringen als die gelben. *B. Kollarits-Budapest.*

Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe, von Anton Thies. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Nach direkter Bestrahlung geht das Hautepithel zugrunde und zwar offenbar infolge der Strahlenwirkung selbst, sekundäre Momente spielen bei dem Zugrundegehen der Epidermiszellen keine wesentliche Rolle. Die ersten Veränderungen der Epidermis sind schon eine Stunde nach der Bestrahlung zu erkennen. Die Zellen selbst zeigen vom dritten resp. vierten Tage ab Veränderungen. Die Versuche wurden meist für die Dauer von sechs Stunden mit 20 mg Radiumbromid angestellt. Unter gewissen Umständen, offenbar nach längerer Bestrahlung, die nicht ausreichte, den Zelltod herbeizuführen, d. h. nach Bestrahlung von Epidermiszellen, die man vom Radium getrennt hatte durch Interposition gewisser Substanzen oder Gewebe, ist die Bestrahlung der Anlafs zu starker Wucherung der Epidermiszellen, die zu einem Bilde führen kann, wie man es bei dem Hautcancroid beobachtet. *Fritz Loeb-München.*

Röntgenbehandlung und Röntgendermatitis, von Leopold Freund-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 9.) F. als der älteste Radiotherapeut in Wien beleuchtet, gestützt auf ein grofses Material und eine neunjährige Erfahrung, in diesem in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums gehaltenen Vortrage folgende Fragen näher:

1. Sind die Gefahren der Radiotherapie wirklich so grofse, dafs ihr eventueller Schaden den Nutzen dieses Verfahrens überwiegt?

2. Welchen bleibenden Nutzen können wir auf Grund der bisherigen Erfahrungen von der Röntgentherapie erwarten?

Was den ersten Punkt anbetrifft, so stellt F. fest, dafs dank der gröfseren Erfahrung, welche sich die Radiotherapeuten angeeignet haben und dank der Unterstützung durch die Mefsverfahren die Radiotherapie viel von ihrer Gefährlichkeit verloren hat und gegenwärtig schwere Ulcerationen durch Röntgenstrahlen äufserst selten sind. Tritt in einem Falle, der mit einer radiometrisch bestimmten, und durch die Erfahrung als rationell erkannten Dosis behandelt wurde, trotzdem eine unerwartet heftige Reaktion auf, so kann die Ursache nur in der besonderen Beschaffenheit der Haut des Kranken liegen. Es kann also der Nutzen des Röntgenheilverfahrens von dem eventuell durch dasselbe entstehenden Schaden keineswegs übertroffen werden, denn die meisten praktischen Disziplinen der Medizin haben bei vorsichtiger Anwendung der Radiotherapie eine wichtige Bereicherung ihres Heilschatzes gefunden. In der Dermatologie ist es die Psoriasis, die Mycosis fungoides, der Lichen ruber planus, das Sarcoma cutis idiopathicum, das Ulcus rodens, Paget's Disease und die Epitheliome, bei denen die günstige Wirkung der X-Strahlen oft genug erprobt und bewiesen wurde. Eine gleichfalls spezifische, von keinem andern Mittel in dieser Art bekannte Eigenschaft ist die epilierende Wirkung der Röntgenstrahlen, die sich bei der Behandlung des Favus und der Trichophytien glänzend bewährt hat. Auch bei Sykosis sind die raschen Erfolge der Radiotherapie bekannt. Auch der Anschauung tritt F. entgegen, dafs Hypertrichosis faciei bei Frauen nur unter dauernder Entstellung der Haut heilbar sei. Er hat unter 71 Fällen 22 tadellos oder doch so geheilt, dafs die Patientinnen mit ihrem Aussehen zufrieden sind. Welche Umstände die Güte des therapeutischen Resultats beeinträchtigen und ob das von F. angegebene

Verfahren (äufserst schwache Dosen, Vermeidung von Erythemen, Pigmentationen usw. Vermeidung weicher Röhren, keine Behandlung während der Menstruation, Gravidität) ausreichen wird, um überall gute Resultate zu erzielen, läfst Verfasser dahingestellt. Radiotherapeutisch behandelt will er indes nur solche Fälle von Hypertrichosis wissen, welche besonders ausgedehnt und entstellend sind und mit Elektrolyse nicht beseitigt werden können. Auch Lupus kann nach Ansicht des Verfassers dauernd durch Röntgenisierung geheilt werden, insbesondere gilt das vom Schleimhautlupus, wo das Röntgenverfahren oft noch gute Dienste leistet, wo das Finsenlicht versagt. Dafs die Chirurgie von der Röntgentherapie der malignen Neubildungen profitiert hat, ist bekannt; auch bei Karies kleiner Knochen, Spina ventosa sind nach kurzen Bestrahlungen Vernarbungsprozesse eingetreten. Verfasser weist ferner auf die Erfolge hin, welche mit den Röntgenstrahlen bei der myelogenen Leukämie, bei Neuralgien, Morbus Addisonii, Morbus Basedowii und Epilepsie erzielt sind. Auch glaubt F. auf Grund einer eignen Beobachtung, dafs die im Herzen absorbierten Röntgenstrahlen eventuell biologische Effekte ausüben können. Auch sei es angezeigt, da bei Bestrahlungen der Kehlkopfgegend heftige Laryngitis erzeugt werden konnte. Versuche bei Carcinomen und Epitheliomen des Larynx mit Röntgenstrahlen zu machen, wenn auch die Resultate bei Carcinomen der Zunge und des Mundbodens nicht sehr ermutigend sind. Dagegen leisten die Röntgenstrahlen bei Rhinosklerom sehr Bemerkenswertes, ebenso wie bei gewissen Formen des Trachoms. Nach Ansicht des Verfassers verdient ein Verfahren, welches so vielseitig, das so eigenartige, von anderen Mitteln sich scharf unterscheidende biologische Wirkungen ausübt, in jeder Weise gefördert zu werden. *Putzler-Danzig.*

Die Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von J. Leidner-Mannheim. (*Ärztl. Mitteilungen aus u. für Baden.* 1906. Nr. 6.) L. berichtet von günstigen Erfolgen der Radiographie. Obenan stellt er drei Fälle von Ulcus rodens, welche dieser Behandlung sehr zugänglich waren.

1. 50jähriger Mann. Ein über fünfmarkstückgrofses Ulcus der Wange, übergreifend auf die Nase. Dauer der Krankheit acht Jahre. Nach vier Bestrahlungen von je zwölf Minuten mit mittelweicher neuer Röhre (innerhalb 14 Tagen) Eintritt einer leichten Dermatitis. Von da an rasche Abflachung und Überhäutung der geschwürigen Fläche und Heilung mit glatter Narbe. Seit einem Jahre rezidivfrei.

2. 57jährige Bauersfrau. Seit vier Jahren unter dem rechten Auge ein flaches, am Rande erhabenes Geschwür. Nach zwei Bestrahlungen Heilung. Seit 1½ Jahren kein Rezidiv.

3. 60jährige Frau. In der Gegend der linken Mamma seit zwei Jahren ein dreimarkstückgrofses Ulcus, einer Neubildung (Scirrhus?) aufsitzend. Wiederholt chirurgisch behandelt. Nach siebenmaliger Bestrahlung Überhäutung und Vernarbung. Seit ½ Jahre rezidivfrei. Auf die harte Geschwulst selbst hatten die Strahlen keinen Einfluſs.

Weniger Erfolg hatte L. bei einem inoperablen Carcinom der linken Gesichtshälfte einer 50jährigen Bauersfrau. Die exulcerierte Oberfläche überhäutete sich zwar, auch die Jauchung und Schmerzhaftigkeit hörte bald auf, doch in der Tiefe wucherte die Geschwulst weiter.

Ein sehr dankbares Gebiet für die Röntgentherapie sind Ekzeme, besonders die chronischen, hypertrophischen, rhagadiformen Ekzeme. 14 Fälle (meist an den Händen) gingen sämtlich nach wenigen Bestrahlungen in Heilung über. Bei zwei Patienten trat ein Rezidiv auf. Doch handelte es sich meist um Stellen, die von den Strahlen weniger getroffen wurden, oder um neue Hautpartien.

Auch bei der Psoriasis ist die Wirkung der X-Strahlen eine sehr sichere. Be-

sonders wo es sich um einzelne hartnäckige Plaques handelt, ist diese Heilmethode der medikamentösen vorzuziehen. Freilich Rezidive bleiben auch hier nicht aus.

Bei der Behandlung des Lupus vulgaris und zwar der schweren ulcerativen, hypertrophischen Formen (die trockenen flachen eignen sich weniger zur Bestrahlung) folgt L. dem Beispiele anderer und kombiniert das Röntgenverfahren mit dem Finsenlichtverfahren, indem er nach Rückgang der Infiltrate und Abflachung der Lupusherde mit der Finsenbestrahlung die Behandlung fortsetzte.

Eine Hautaffektion, bei welcher die Radiotherapie ebenfalls günstige Erfolge aufzuweisen hat, ist die Acne vulgaris. Fälle von mehrjähriger Dauer heilten nach wiederholter Bestrahlung.

In einem Falle chronischer Furunkulose am Nacken hat L. nach mehrmaliger Bestrahlung eine bedeutende Besserung erzielt.

Bei einigen hartnäckigen sycosiformen Folliculitiden waren zahlreiche Bestrahlungen mit darauffolgendem Haarausfall nötig, um eine definitive Heilung herbeizuführen.

Rascher tritt der Erfolg bei Herpes tonsurans auf, besonders wenn er an unbehaarten Hautpartien seinen Sitz hat.

Auch bei Pruritus der Genitalregion hat L. die Röntgentherapie des öfteren angewandt, meist mit gutem Erfolge. *Arthur Hahn-Berlin.*

Demonstration von Resultaten nach Röntgenbehandlung, von Lehmann-San Francisco. (*New Yorker Med. Monatsschr.* 1906. Nr. 3.) Zehn Fälle, darunter Lupus exulcerans, Ulcus rodens, Hautepitheliom, Primärsklerose. Der Verfasser betont den günstigen kosmetischen Effekt und den Mangel an Rezidiven bei der Röntgenbehandlung beginnender und oberflächlicher Epitheliome des Gesichts.

Schourp-Danzig.

Eine Vereinfachung der gebräuchlichen Hauttransplantationstechnik, von John Egerton Cameadey-Paint Creek. (*Journ. americ. med. assoc.* 1906. Nr. 22.) Nachdem die Granulationen mit heifser Kochsalzlösung bespült worden sind, wird ihre Oberfläche durch starkes Reiben mit einer gewöhnlichen, sterlisierten Nagelbürste angefrischt. Die mit dem Rasiermesser abgetragenen Thierschschen Lappen werden um den linken Zeigefinger gelegt und mit dem Druck der Finger auf die Transplantationsfläche gebracht. Danach folgt trockener Verband. Die Methode bewährte sich in allen Fällen des Verfassers, bei denen es sich meist um Brandverletzungen handelte. *Schourp-Danzig.*

Über die Wundbehandlung nach Transplantationen, von Weischer. (*Centralbl. f. Chir.* 23. Juni 1906.) Die offene Behandlung der transplantierten Läppchen ergab keine gute Resultate. Die Forderung Jenardis, zunächst streng aseptische Wundflächen zu schaffen, sieht Verfasser als unmöglich an. Er hält das auch nicht für notwendig und transplantiert bei wenig absondernden Wunden direkt auf die Granulationen, bei grofsen, stark eiternden Wunden trägt er die obersten Schichten der Granulationen mit flachem Messer ab und stillt die Blutung durch heifse Kompressen. Nach der Transplantation wird ein Verband angelegt von Kompressen, die mit Kochsalzlösung angefeuchtet sind. Diese Kompressen werden dann ständig feucht gehalten, wieder mit Kochsalzlösung, und nach zwei Tagen wird der Verband gewechselt. Nach weiteren zwei Tagen ist die nasse Behandlung nicht mehr notwendig, dann wird mit Borsalbe verbunden. *F. Hahn-Bremen.*

Exstirpation des Penis mit Resektion des Skrotum, von P. Janssen. (*Centralbl. f. Chir.* 2. Juni 1906.) Der carcinomatöse Penis liefs sich leicht exstirpieren, nachdem er durch zwei je 15 cm lange, querverlaufende Hautschnitte umschnitten war; die Harnröhre wurde einige Centimeter nach vorn freipräpariert. Sodann wurde

der gröfsere Teil der Skrotelhaut reseziert, so dafs der Rest derselben die Hoden gleich unterhalb des Schambeinbogens wie ein Suspensorium festhielt. Die Hautwunde wurde vereinigt und die Harnröhre durch ein Knopfloch in der Skrotelhaut nach aufsen geführt und in der von Witzel angegebenen Weise mit dem Knopfloch vereinigt; so werden Verhältnisse, ähnlich wie bei Frauen, geschaffen, die Harnröhre ist nach vorn und oben gerichtet, so dafs der Patient im Sitzen oder mit Hilfe eines angedrückten Vaginalspekulums im Stehen urinieren kann, und die Ekzeme infolge von Durchnässung der Skrotelhaut werden vermieden. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Über die Autorennamen in der medizinischen Nomenklatur, von Hermann Orth. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1906.) Die Wahl eines derartigen Themas mufs als sehr glücklich bezeichnet werden. Für den Leserkreis der *Monatshefte für praktische Dermatologie* sind eine Reihe von Autorennamen von Interesse (die geläufigen werden nur dem Namen nach vom Referenten angeführt; die etwas entlegeneren mit der kurzen Erklärung des Verfassers):

Addisonsche Krankheit.

Alibert's Dermatose = Mykosis fungoides = multiple Granulationsgeschwülste der Haut.

Aretaei elefantiasis = Lepra nodosa.

Audouini microsporon = Microsporon areae Celsi = areatae = alopeciae areatae.

Auspitzsche Dermatose = Granuloma fungoides.

Baerensprung's Erythrasma = Ekzema marginatum circumscriptum femorale.

Beckmann's Methode zur Bestimmung der Niereninsuffizienz = Gefrierpunktbestimmung von Blut und Harn.

Beigel's Krankheit = Trichorrhexis nodosa.

Belfantis Bacillus = Oceanabacillus.

Berger's Parasit = Acarus follicularis.

Bockart's Impetigo = Impetigo circumpilaris infantilis.

Boeckii scabies = Krustenkrätze.

Brainard's Katheterismus = Katheterismus retrourethralis.

Brightsche Krankheit.

Celsi area = Alopecia areata.

Charlouissche Krankheit = Framboesia tropica = Polypapilloma tropicum.

Colles-Beaumes' Gesetz = Immunität der Mutter des syphilitischen Kindes.

Comby's Masernzeichen = häutchenähnliches Exsudat an Zahnfleisch und Mundschleimhaut, aus degenerierten Plattenepithelien bestehend.

Danielsen-Boecksche Krankheit = Lepra anaesthetica.

Dariersche Krankheit = Hyperkeratose der Haut.

Dercumsche „ = Fibrolipomatosis dolorosa.

Devergiesche „ = Pityriasis rubra pilaris.

Duboissche „ = Abscefsbildung in der Thymus bei Lues.

Ducrey's (weicher Schanker-) Bacillus.

Duhringsche Krankheit = Dermatitis herpetiformis.

Eichstedt's Pilz = Microsporon furfur.

Fehleisens micrococcus = Streptococcus erysipelatis.
Frischs Kapselbacillus = Rhinosklerombacillus.
Galeni phlegmone = Erysipelas gangraenosa.
„ morbus = Gangraena.
Giberts Krankheit = Pityriasis rosea.
Giemsas (Eosin-) Färbungsmethode der Spirochaeta pallida.
Grubys Pilz = Trichophyton tonsurans.
„ Krankheit = Mikrosporie, verursacht durch Fadenpilz (Alopecia areata).
Hahnemanni sycosis = Syphilis mit Kondylomen.
Hansens Bacillus = Leprabacillus.
Hauseri Proteus = Miterreger der Gasphlegmone.
Hebrasche Krankheit = Acne cachecticorum folliculosa.
Henles Parasit = Acarus follicularis.
Henochs Krankheit = Purpura mit Gelenkschwellung und Abdominalerscheinungen.
Hebsmannsche Krankheit = tatzenartige Vergrößerung der Hände.
Huntersche Induration = syphilitische Primärsklerose.
Hutchinsons Trias = Keratitis parenchymatosa, Ohrlabyrinthserkrankung, Mißbildung der Schneidezähne (Trias der hereditären Lues).
Hutchinsons Zähne = kongenital-syphilitische Erosion der Zähne.
Justussche Syphilisreaktion = Hämoglobinprobe bei Syphilis = Absinken des Blutpigmentgehaltes der Syphilitischen durch Quecksilberkuren.
Kaposis Krankheit = Xeroderma pigmentosum.
Koplikches Masernzeichen.
Landowskis Symptomentrias = 1. Tumoren der Haut, 2. Tumoren der Nerven, 3. Pigmentation der Haut (Ektodermtumoren).
Lustgartens (vermeintlicher Syphilis-) Bacillus.
Madelungs Fetthals = diffuses symmetrisches Lipom am Hals.
Magelhâes filaria = Filaria sanguinis hominis.
Malmstens Parasit = Trichophyton tonsurans.
Marinos (Methylenblau-Eosin-) Färbung der Spirochaeta pallida.
Marochettische Bläschen = Lyssabläschen unter der Zunge.
Mikuliczsche Zellen = Rhinoskleromzellen.
Moellers Zungenerkrankung = Glossitis exfoliativa superficialis chronica.
Müllers Steatom = Lipoma fibroma.
Neissers Diplococcus = Gonococcus.
Neumanns Krankheit = Pemphigus vegetans.
Nissbethscher Schanker = Bubonuli.
Pagets Krankheit = Ekzema carcinomatosum mammae chronicum.
Parrotsche Paralyse = syphilitische Pseudoparalyse (Diaphysen- und Epiphysentrennung der langen Röhrenknochen).
Pavys Krankheit = intermittierende Albuminurie mit allgemeinen Störungen auf rheumatischer Basis (zyklische Albuminurie).
Piedra, mal de = Syphilis.
Pirogoffs Ödem = malignes Ödem.
Plinii mentagra = Lichen graecorum.
Profetas Gesetz = Immunität gesunder Kinder bei Syphilis der Eltern.
Quinckes Krankheit = akutes angioneurotisches Odem.
Ranziers Krankheit = blaues Odem Hysterischer.
Raynaudsche Krankheit.
Reclussche Krankheit = Holzphlegmone am Hals.

Rigasche Krankheit = Aphthae sublinguales malignae.
Riggsche „ = Pyorrhoea alveolaris chronica.
Rosenbachs Kettencoccus = Erysipelcoccus.
Schaudinn-Hoffmanns Spirochaete.
Schoenleins Krankheit = Peliosis = Purpura rheumatica.
„ Trias bei Purpura = 1. Exanthem, 2. rheumatische Erscheinungen, 3. gastro-intestinale Störungen.
Schottins Belag = Harnstoffbelag der Haut bei Urämie.
Shelleysches Zeichen bei Grippe = sagoartige Eruptionen an Gaumen und Lippen.
Stickersche Krankheit = Erythema infectiosum.
Sydenhams Hämaturie = Hämorrhagie infolge grofser Nierensteine.
„ Morbilli = Röteln.
Tardieus Ecchymosen = Bayards Ecchymosen.
Theodors Symptom bei Rubeola = Cervical- und Halsdrüsenschwellung.
Troussseaus Flecken = fleckige meningitische Erytheme.
Vincents Bacillus = Bacillus des Hospitalbrandes.
Webers Empfindungskreise = Hautbezirke, in denen mehrfache gleichzeitige Berührungen einfache Tastempfindung erzeugen.
Weir-Mitschellsche Krankheit = Erythromelalgie.
Welchscher Bacillus = Bacillus aërogenes capsulatus bei malignem Ödem.
Werlhoffsche Krankheit.
Zagels Apostem = Condylomata. *Fritz Loeb-München.*

Betrachtungen über einen Fall von Pest, von J. B. Cleland - Perth (Westaustralien). (*Lancet.* 29. Sept. 1906.) Bei diesem Falle erfolgte der Tod am dritten Tage der Erkrankung. Vorher hatte der Patient nur über eine mäfsige Diarrhoe zu klagen gehabt und kam wegen plötzlich einsetzender Schüttelfröste mit bald darauf folgendem Schmerz und geringer Schwellung in der Leiste zur Behandlung. Ein mit der Subcutanspritze aus der Leistengegend entnommener Tropfen blutigen Serums liefs unzählige Bazillen erkennen. Verfasser legt dar, dafs die Übertragung der Infektion in der Regel percutan durch Insektenstiche u. dgl. erfolgt und wohl vorwiegend an den unteren Extremitäten. Die pathogenen Toxine entwickeln sich aber erst aus den abgestorbenen Bazillen; die lebenden wirken nicht chemisch, sondern höchstens mechanisch störend, wenn sie in übermäfsiger Menge angesammelt sind. Hieraus erklären sich manche sonst rätselhafte Erscheinungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Bedeutung der unentgeltlichen Konsultationen nebst Verordnung in der Syphilisprophylaxe, von Emile Thièry. (*Thèse de Montpellier.* 1903/04.) Nr. 16.) *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 43. No. 12. 15. Dezember 1906.

Aus der Lupusheilanstalt für Kranke der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Hamburg.

Zur Radiumbehandlung des Lupus.[1]

Von

Dr. P. Wichmann.

Obschon die Radiumbehandlung des Lupus bereits seit dem Jahre 1901 datiert, liegt eine auch nur einigermafsen gröfsere Statistik, die von klinischen Dauererfolgen mehrerer Jahre berichtet, über diese Behandlung zurzeit noch nicht vor, und wenn dieselbe auch von einer Reihe namhafter Therapeuten empfohlen worden ist, so sind Mifserfolge und abfällige Beurteilung von der anderen Seite nicht ausgeblieben.

Um das Für und Wider des Behandlungserfolges darzulegen, will ich aus der Fülle der einschlägigen Literatur zwei Arbeiten herausgreifen, die von der Neisserschen Klinik ausgegangen sind und welche um so mehr Wert haben, als sie eine exakte histologische Kontrolle der Radiumbehandlung bei Lupus wiedergeben.

Halkin[2] benutzte 0,13 g Radium-Baryum-Bromid, welches in einer mit 0,1 mm dickem Aluminiumdeckel versehenen Metallkapsel zur Verwendung kam; er ging in der Weise vor, dafs er in zwei Fällen eine leichte aber chronische, in dreien eine kurze aber intensive Behandlung ansetzte, in zwei weiteren Fällen dehnte er die Bestrahlung nach der Angabe von Dantes und Bloch solange aus, dafs Ulcerationen zustande kamen. Überall hatte Halkin dasselbe ungünstige Resultat, dafs der Lupus da, wo keine Nekrotisierung stattgefunden hatte, unbeeinflufst blieb, einen Einfluss der Strahlung auf den pathologischen Prozefs gibt er nur insoweit zu, als dieselbe das Gewebe der Oberfläche vernichtet. Er

[1] Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Stuttgart 1906, Abteilung Dermatologie und Syphilis.

[2] *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1903.

schliefst: „Wenn wir nun auch den Becquerelstrahlen einen sicheren Einfluſs auf die Haut nicht absprechen dürfen, so stehen doch die Nekrotisierung an der Oberfläche und die Tiefenwirkung in keinem derartigen Verhältnis zueinander, daſs es uns geeignet schien, die radioaktiven Strahlen in die Therapie des Lupus vulgaris einzuführen."

STRASSMANN[3] verwendete ein ungleich wirksameres Radiumpräparat, welches nach Abspaltung des Baryum nur reines Radiumbromid enthielt; die Menge betrug 10 mg, welche in Hartgummikapsel mit Glimmerverschluſs enthalten war. „Um die Feuchtigkeitsaufnahme zu verhindern", wurden die Kapseln mit Gummikondoms umhüllt, bei Manipulationen in der Mundhöhle und bei nässenden Geschwürsflächen wurden zwei bis drei Kondoms kreuzweise übereinander gestülpt. STRASSMANN kam nun im Gegensatz zu HALKIN zu durchaus günstigen Resultaten.

Auch er exponierte in verschieden langer Dauer: seine Exzisionen, die drei bis vier Wochen nach der Abheilung vorgenommen wurden — während die von HALKIN im allgemeinen in einen viel früheren Zeitpunkt fallen —, ergaben auch bei nicht ulcerierten Stellen, bei denen es vielmehr nur zu einer lebhaften reaktiven Entzündung gekommen war, daſs der Lupus ohne jegliche Narbenbildung oder höchstens mit einer zarten subcutanen Narbe zum Verschwinden gebracht war. STRASSMANN kommt daher zu dem Schlusse: „Es ist also nicht nötig, es zu tiefen Ulcerationen kommen zu lassen."

Wie sind nun diese beiden einander direkt widersprechenden Ergebnisse zu erklären?

Man könnte darauf hinweisen, daſs HALKIN mit einem bedeutend schwächeren Präparat arbeitete, demgegenüber ist aber hervorzuheben, daſs selbst in den Fällen, wo der Autor durch eine lange und öfters wiederholte Applikationsdauer die Wirkung erhöhte, der Lupus nur im Bereich der entstandenen Ulceration vernichtet wurde, mithin eine Tiefenwirkung über diese hinaus nicht statthatte.

Schwieriger abzuweisen wäre der Einwand, der Autor habe zu früh exzidiert, zu einer Zeit, wo sich die Wirkung der Strahlung noch nicht genügend bemerkbar machen konnte.

Dieser Vorwurf würde jedoch den wesentlichen Differenzpunkt nicht berühren, daſs in denjenigen Fällen, wo die Exzision dann erst erfolgte, als es zu einer deutlichen Ulceration der Oberfläche gekommen war, das groſse Mifsverhältnis der Nekrose an der Oberfläche und des mangelnden Einflusses in der Tiefe bestehen bleibt.

Eine Erklärung dieser Differenz in den vorliegenden Ergebnissen glaube ich nun durch meine eigenen Untersuchungen geben zu können.

---

[3] *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1904.

Ich bemerke, dafs mir Radium „höchster Aktivität“ zur Verfügung stand aus den Chininfabriken von Buchler-Braunschweig. Ich begnüge mich mit dieser freilich etwas unbestimmten Angabe, obgleich es namentlich in Frankreich Sitte geworden ist, den Aktivitätsgrad der Präparate genau in Zahlen anzugeben. Leider entbehrt diese recht wissenschaftlich klingende Exaktheit der nötigen Unterlage, da wir keine genaue Einheit besitzen, auf die wir die Aktivitätseinheiten eines Radiumpräparates beziehen könnten. Die beste Bewertung eines Radiumpräparates für medizinische Zwecke erscheint mir die rein empirische Feststellung seiner biologischen Wirkung auf Tier- oder besser Menschenhaut.

Im vorigen Jahre legte ich Ihnen nun meine ersten, auf Grund zweier Versuchsreihen gewonnenen Erfahrungen vor; sie stellten gleichfalls eine histologische Kontrolle des Behandlungserfolges dar. Ich hatte die Glimmerplatte der Radiumkapsel unmittelbar auf den Lupus aufgelegt und die Bestrahlung in fraktionierten Dosen so angeordnet, dafs es in der ersten Versuchsreihe nur zu Erosionen, in der zweiten zu seichterer und tieferer Ulceration kam. Nur in letzterem Falle der tieferen Ulcerationsbildung waren im Optimum der Bestrahlung die sämtlichen Schichten der Haut, die bis dahin von einem kompakten Lupusherd befallen war, auch in der Tiefe lupusfrei.

Die Ergebnisse ähneln also durchaus denjenigen von Halkin; während aber dieser Autor auf Grund dieses ungünstigen Verhältnisses der Tiefenwirkung das Radium für die Therapie des Lupus für ungeeignet hält, bin ich zu dem Urteil gekommen, dafs die nicht richtige Anordnung der Bestrahlungstechnik allein die Schuld an diesen Mifserfolgen trägt. Dem aufmerksamen Leser wird es nicht entgangen sein, dafs sowohl Halkin wie ich das Radium nur in einer dünnen Umhüllung zur Anwendung brachten, er benutzte als Verschlufs einen 0,1 mm dicken Aluminiumdeckel, ich ein dünnes Glimmerplättchen. Strassmann hat dagegen, „um die Feuchtigkeitsaufnahme zu verhindern“ (s. S. 421), die Kapsel mit Gummikondoms umhüllt.

In dieser anscheinend so geringfügigen Mafsnahme liegt jedoch ein wesentliches Moment der Technik.

Nach den Messungen, die ich im Verein mit Herrn Professor Voller im Hamburger Staatslaboratorium mittels des Elster-Geitelschen Elektrometers über die Absorptionsverhältnisse der Radiumstrahlung im normalen und pathologischen Gewebe anstellte,[4] sind die physikalischen Vorbedingungen für eine Wirkung der Radiumstrahlung auf Lupus auch in der

[4] Wichmann, Wirkungsweise und Anwendbarkeit der Radiumstrahlung und Radioaktivität auf die Haut, mit besonderer Berücksichtigung des Lupus. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.

Tiefe der Haut und Unterhaut so hervorragende zu nennen, dafs nach diesen Untersuchungen das Radium ein höchst wertvolles therapeutisches Agens gegen Lupus abgeben müfste.

Ich darf daran erinnern, dafs pathologisches Gewebe ceteris paribus die Radiumstrahlung in weit höherem Mafse als normales absorbiert; für Lupus stellte sich das Mafs auf 66,7% gegenüber 31,7% der normalen Haut, also über das Doppelte.

Ein in ca. 1 cm Tiefe unterhalb der Haut und Unterhaut gelegene, 2 mm dicke Muskelschicht absorbierte noch über die Hälfte des Drittels von Strahlung, welches die über ihr liegenden Schichten von Haut und Unterhaut ihr zur Absorption noch übrig gelassen hatten. Pathologisches Gewebe bezw. Lupus würde nach Obigem noch mehr in sich aufgenommen haben.

Auch in 2 cm Tiefe ist die Absorption noch deutlich nachweisbar.

Das Radium hat also nach diesen Untersuchungen recht bedeutende Tiefenwirkung und nicht eine mangelnde Tiefenwirkung an sich, sondern das ungünstige Verhältnis der Absorption in oberer im Vergleich zu tieferer Schicht, wodurch die oberen bereits zerstört werden, ehe es zu einer stärkeren Beeinflussung der tieferen kommt, steht seinem therapeutischen Erfolge entgegen.

Nun lassen gerade die Anwendungsart Halkins sowie meine eigene diese starke Beeinflussung der oberen Schichten recht unvorteilhaft zur Geltung kommen.

Durch einen Aluminiumverschlufs von 0,1 mm Dicke und durch den üblichen Verschlufs der Glimmerplatte wurde bei unserer Technik zwar der leichtest absorbierbare Teil, die α-Strahlung, aufgenommen und unschädlich gemacht, und nur die sehr penetrationsfähige γ-Strahlung sowie die β-Strahlung passieren diese Verschlüsse. Letztere ist aber wiederum ein Gemenge von Strahlen sehr verschiedenen Durchdringungsvermögens, und die Komponenten geringerer Penetrationskraft werden daher schon in den oberen Schichten der Haut zur Absorption gelangen und hier starke Reaktion hervorrufen.

Wie die Erfahrung lehrt, ist diese Reaktion schon sehr stark, ehe es zu einer wesentlichen Beeinflussung des Lupus in der Tiefe gekommen ist.

Hieraus erklären sich zwanglos Halkins und meine eigenen Mifserfolge.

Unbewufst der Tragweite seines Vorgehens hat nun Strassmann Gummikondoms um seine Kapsel gelegt, er hat also mit Filtern gearbeitet, die die leichter absorbierbare Strahlung abfingen, welche ohne Kondom stark auf die oberen Hautschichten eingewirkt hätte. Er arbeitete also mit einer sehr penetrationsfähigen Strahlung unter teilweisem Ausschlufs

der oberflächlich wirksamen Komponente und konnte die Applikation solange fortsetzen, bis eine genügende Tiefenwirkung erzielt war. Daher sind seine guten Resultate wohl verständlich, insbesondere sein Urteil, dafs es nicht nötig sei, tiefe Ulcerationen hervorzurufen.

Auf Grund dieser Überlegungen und Untersuchungen habe ich bereits vor einem Jahre die grundsätzliche Anwendung von Filtern in der Radiumbehandlung empfohlen und seit etwa einem Jahre systematisch durchgeführt. Je tiefer der Sitz des Lupus vermutet wird, je gröfsere Tiefenwirkung also erforderlich ist, mit um so stärkerem Filter ist also zu arbeiten.

Auf diese Weise wird man wenigstens den gröfsten Teil der oberflächlichen wirksamen Strahlung ausschalten, die penetrationsfähige, zur Tiefenwirkung geeignete Strahlengattung des Radiums genügend lange Zeit einwirken lassen können, ohne eine starke Schädigung der oberen Gewebsschichten befürchten zu müssen.

Als „leichtes" Filter verwende ich den üblichen Glimmerverschlufs, über denselben eine Lage starken Kondomgummis, über diese endlich eine Lage starken Papiers. Je nach Bedarf werden die Papierlagen verstärkt. Bei Verwendung höchstwertigen Radiumbromids in einer Menge von 5 mg gestattet diese Filteranordnung, die Bestrahlung auf zwei bis drei Stunden Dauer auszudehnen, ohne dafs man unliebsame Reaktionen, die ohne Filter schon nach halbstündiger Bestrahlungsdauer auftreten können, zu befürchten hätte.

In der Regel ist sechs Tage nach einer zweistündigen Applikation in obiger Anordnung der Beginn der Reaktion als Erythem zu verzeichnen, nach weiteren sechs Tagen bietet sich die bestrahlte Stelle als mit Kruste bedeckte Erosion dar, die im Verlaufe von 14 Tagen abheilt.

Selbst wenn durch die folgenden Bestrahlungen eine schon bestrahlte Stelle noch einmal oder mehrere Male getroffen werden sollte, sind Gewebeschädigungen bedenklicher Art nicht zu fürchten, da die Regenerationskraft der oberen Gewebeschichten nicht in schwerwiegendem Mafse herabgesetzt wird.

Es wird für den Praktiker nicht schwer sein, sich zu überzeugen, dafs die Radiumbehandlung durch die dargelegte Methode von ihren schädlichen Konsequenzen so gut wie befreit ist, so dafs wir dieses Mittel, welches eine biologische Tiefenwirkung von mehreren Zentimetern verbürgt wie kaum ein anderes Heilmittel, in gefahrloser Weise zur Anwendung bringenkönnen.

Mittels dieser Filtermethode habe ich nun 15 kleine, flache Lupusherde der Haut, einen gröfseren Lupusherd des weichen Gaumens behandelt. Sämtliche Lupusherde der Haut wurden, ohne dafs es zu einer Ulcusbildung kam, anscheinend frei von Lupus, der Lupus des weichen Gaumens, welcher sich über das ganze Gaumensegel erstreckte, ist bis auf

ein erbsengroſses lupöses Geschwür der Uvula ebenfalls anscheinend zum Schwund gebracht. Die im Halse entstehenden Reaktionen, welche naturgemäſs auf ein sehr geringes Maſs beschränkt sein müssen, nötigten einstweilen zur Aussetzung der Behandlung. Die Heilungsdauer dieser Fälle verteilt sich derart, daſs zwei Herde fast ein Jahr, zehn nicht ganz ein halbes Jahr, drei 3—4 Monate anscheinend lupusfrei sind. In zwei Fällen der letzteren Kategorie ergab die histologische Nachprüfung völligen Schwund des Lupus.

Ob alle diese Ergebnisse die Bedeutung einer Dauerheilung beanspruchen können, muſs jahrelange Beobachtung lehren; doch glaube ich auf Grund der früher dargelegten physikalischen Untersuchungen über die Absorptionsverhältnisse der Radiumstrahlen im Gewebe die zuversichtliche Hoffnung aussprechen zu dürfen, daſs die Anwendung der Filtermethode alle Aussichten auf einen nachhaltigen Erfolg bietet.

Aus der Praxis.

Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. J. LÖBLOWITZ: Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae.

Von

Dr. Oscar Ehrmann,
Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Mannheim.

L. empfiehlt als kleinen Kunstgriff zur Erleichterung der Sphinkterpassage bei Injektionen, Janet-Spülungen und Instrumenteinführungen die Sphinktererschlieſsung, wie sie beim Urinakt eintritt, durch Pressenlassen wie zum Urinentleeren im Moment der gewünschten Sphinkterpassage.

Dieser Kunstgriff — den L. als den seinigen der Nachprüfung empfiehlt — ist meines Wissens längst Allgemeingut der harnärztlichen Praxis, wo er seit lange und täglich von zahlreichen Kollegen, speziell bei Janet-Druckspülungen, seltener (weil weniger nötig und weniger erfolgreich) bei Instrumenteinführungen zur Anwendung gebracht wird.

Aus dem Sanatorium für Hautleiden und Kosmetik von Dr. Max Ihle und Dr. Wilh. Böttger, Leipzig-Lindenau.

Ein altbewährter Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae.

Von

Dr. med. Wilh. Böttger.

Um bei intraurethralen Eingriffen den unwillkürlich kontrahierten Sphincter externus zu entspannen, ist in Nr. 8, Bd. 43 *dieser Zeitschrift* von Dr. J. Löblowitz auf einen ausgezeichneten kleinen Kunstgriff aufmerksam gemacht worden, den er wie folgt beschreibt:

„In dem Momente, wo ich bei einer Manipulation den Sphincter externus passieren will, fordere ich den Kranken eindringlich auf, zu urinieren bezw., da er das natürlich nicht vermag, solche Anstalten und Anstrengungen zu machen, als ob er in diesem Momente unbedingt den Urin lassen müfste."

Die Arbeit, der wir es danken, an diesen Vorschlag erinnert zu haben, schliefst, nachdem bei den einzelnen intraurethralen Eingriffen die Indikationen und Kontraindikationen des Kunstgriffes festgelegt sind, mit den Worten:

„Es ist mir nicht bekannt, dafs jemals ein gleicher oder ähnlicher Vorschlag, wie ich ihn in meinem kleinen Kunstgriff angebe, gemacht worden wäre."

Hierzu möchte ich ergänzend nur kurz bemerken, dafs diese Regel empfindlichen Kranken, die bei intraurethralen Manipulationen den Sphinkter energisch kontrahieren, Anstalten zum Urinieren machen zu lassen, keineswegs neu ist, sondern schon längst vielgeübt wird. Seitdem Janet seine grofsen Spülungen angegeben hat, wird dieser Kunstgriff auch in der Literatur beschrieben, und wir lesen z. B. bei Guyon in seinen Leçons Cliniques sur les maladies des voies urinaires:

„Pour les lavages des deux urètres on engage le malade à ne pas se contracter, à respirer librement et à pousser légèrement comme s'il urinait aturellement."

Nachdem Guyon dann das Ansetzen der Kanüle an die Harnröhrenmündung und das Halten des Penis beschrieben hat, fährt er fort:

„Si l'on éprouve la sensation de la plénitude de l'urètre et de l'arrêt du liquide, on serre immédiatement les doigts pour arrêter l'écoulement

du liquide et pour éviter au malade un sentiment de distension pénible, on l'encourage à se relâcher et à pousser comme pour uriner."

Neben der Aufforderung, den Kranken Anstalten zum Urinieren machen zu lassen, weist GUYON hier noch auf einen zweiten, für die Technik der Spülungen äufserst beachtenswerten Kunstgriff hin: — Die Flüssigkeit darf nicht mit zu starkem Drucke eintreten; sobald die Ausdehnung der Harnröhre schmerzhaft empfunden wird, prefst der Kranke und der Spincter externus kontrahiert sich stärker. Um dies zu vermeiden, rät GUYON:

„De laisser alors filtrer lentement le liquide entre les doigts, en ne les entr'ouvrant que de la quantité nécessaire pour assurer un écoulement lent du liquide."

In einem anderen, ausschliefslich für die Praxis geschriebenen, „Consultations sur les maladies des voies urinaires" betitelten Buche von Prof. ROUVILLE in Montpellier finde ich bei der Beschreibung der Technik für die Spülungen der vorderen und hinteren Harnröhre folgenden Satz:

„Si le sphincter urétral offre de la résistance, faire faire au malade de profondes inspirations, ou lui dire de pousser comme pour uriner."

Und wer je in Paris im Hospital NECKER der Poliklinik beigewohnt hat, dem wird das unzählige Male gehörte „poussez comme pour uriner" unvergefslich bleiben.

Doch auch in der deutschen Fachliteratur ist schon auf diesen Kunstgriff aufmerksam gemacht worden.

In dem Werke von OBERLÄNDER und KOLLMANN: „Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen", finden wir die Übersetzung eines Originalbeitrages von JANET über sein Verfahren, und lautet die betreffende Stelle dort:

„Ich fordere den Kranken auf, die gesamte Muskulatur erschlaffen zu lassen, ruhig ohne die Bauchmuskeln zu kontrahieren, zu atmen, jedes Pressen am Anus oder Perineum zu vermeiden, einen Versuch zum Urinieren zu machen und mit der Blase einen Druck auszuüben, wie man es tut, wenn man wirklich das Bedürfnis zum Urinieren hat." —

Infolge Zeitmangels war es mir unmöglich, die Fachliteratur genauer durchzusehen, doch glaube ich, dafs man sicher noch andere Autoren finden würde, die diesen Kunstgriff schon angegeben haben. Auch ich wende denselben, seitdem wir hier JANET-Spülungen machen, an und kann nur das bestätigen, was der Herr Kollege LÖBLOWITZ hervorhebt, dafs derselbe wohl nie im Stiche läfst.

Obwohl der Kunstgriff also nicht neu ist, war es doch bei der Nützlichkeit desselben angebracht, wiederum auf ihn hinzuweisen und ihn für den Praktiker besonders in Erinnerung zu bringen.

Bemerkung auf Dr. LÖBLOWITZ' Artikel.

Von

Dr. FRANZ v. VERESS,
Sekundararzt an Prof. v. MARSCHALKÓs dermatologischer Klinik in Kolozsvár.

Im 8. Hefte des diesjährigen Jahrganges *dieser Zeitschrift* erschien ein Artikel von Dr. J. LÖBLOWITZ unter dem Titel: „Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae", worin der Autor dem Leser den Rat erteilt, das Passieren des M. sphincter urethrae dadurch zu erleichtern, dafs man den Patienten „eindringlich auffordere, zu urinieren bezw., da er dies natürlich nicht vermag, solche Anstalten und Anstrengungen zu machen, als ob er in diesem Momente unbedingt den Urin lassen möchte."

L. betrachtet dieses Verfahren als eine bisher unbekannte Neuheit und nennt die Methode „seinen Kunstgriff". Es wundert mich sehr, dafs der Herr Kollege vermutet, die vielen Tausende von Ärzten, die urologische Praxis ausüben, wären nicht auf den Gedanken gekommen, den hindernden Spinktertonus auf diese einfache Weise zu beseitigen. Abgesehen von der Sondierung, wo dadurch ebenfalls eine grofse Erleichterung der Entrierung erreicht wird, ist ja dieser Kunstgriff bei den so häufig angewandten JANETschen Blasenspülungen in der Mehrzahl der Fälle ganz unentbehrlich.

An Prof. v. MARSCHALKÓs Klinik, wo sich die JANETsche Methode sowohl bei vorderer wie totaler, akuter wie chronischer Gonorrhoe als die beste erwiesen hat, haben wir reichlich Gelegenheit, uns davon zu überzeugen, dafs die Ausführung der JANETschen Blasenspülungen mit Hilfe des „Kunstgriffes" in der Tat viel leichter ist und auch bei solchen Patienten oft schon das erstemal gelingt, wo sonst der Krampf des Schliefsmuskels das Hineindringen der Flüssigkeit für die ersten paar Tage verhindert. Wem dieser Umstand unbekannt ist, der wird bei einer Anzahl von Kranken selbst nach längerer Behandlung die Blase mit dem Spülwasser nicht oder nur mit Mühe erreichen können.

An unserer Klinik lehrt Prof. v. MARSCHALKÓ diesen Griff seit einem Dezennium als eine wesentliche Erleichterung für die JANET-Behandlung, so dafs unsere jüngere Ärztegeneration schon allgemein in der Kenntnis desselben ist. Ich möchte also die Tatsache feststellen, dafs die von L. als Novität angegebene Methode zur Überwindung des Sphinktertonus ein bei uns weit und breit bekanntes Verfahren ist.

Endlich noch eines. L. lobt den Kunstgriff u. a. auch deshalb, weil er dadurch imstande ist, Lapislösungen von 1 : 1500 durch die Urethra in die Blase zu injizieren. Ich gebe die Möglichkeit zu; nach unseren Erfahrungen aber werden JANETsche Blasenspülungen mit Lapislösungen unter 1 : 3000, 1 : 2000 nur in seltenen Fällen ohne grofse Beschwerden, namentlich Brennen und starken Harndrang, vertragen. Ich betone Prof. v. MARSCHALKÓs Prinzip, dafs eine wirklich gute Gonorrhoebehandlung nie sehr schmerzhaft sein darf.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3./16. November 1906.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. LICHAREW (Gast) stellte einen 18jährigen Lastfuhrmann vor mit einer seltenen Form von **Tuberculosis cutis**. Auf dem rechten Glutaeus findet sich eine Geschwulst, die eine Menge Fistelgänge und Narbenzüge aufweist. Ebensolche Fistelgänge finden sich auch auf dem rechten Oberschenkel, unterhalb des Lig. Poupartii. Da die inneren Organe nicht den geringsten Anhalt für Tuberkulose zeigen und da an Syphilis auch nicht gedacht werden konnte, wurde zuerst die klinische Diagnose Granuloma innominatum gestellt. Erst die mikroskopische Untersuchung klärte die Sachlage, indem sich Riesenzellen im Gewebe und Tuberkelbazillen im Eiter der Fistelgänge nachweisen liefsen.

POSPELOW erkennt den vorgestellten Fall als einen ganz besonderen an, da er etwas ähnliches früher nicht gesehen hat und meint, man müsse den Fall als höckerige oder geschwulstartige Tuberkulose bezeichnen.

2. BRYTSCHEW demonstrierte einen 53jährigen Mann mit **Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE**. Die ersten Anfänge des Leidens sollen sich schon vor ca. 29 Jahren auf den Handflächen gezeigt haben, aber eine rapide Zunahme des Leidens besteht erst seit etwa zwei Jahren.

3. SPERANSKI referierte über den **Stand der experimentellen Syphilis und die Ätiologie derselben** nach den Vorträgen auf dem Kongrefs der deutschen Dermatologen in Bern.

4. METSCHERSKI stellte nochmals den schon in der vorigen Sitzung gezeigten Fall von **Sclerodermie en plaques**, aber unter Demonstration zugehöriger mikroskopischer Präparate vor.

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Band III, Nr. 10.

Uneheliche Mütter, von M. Marcuse-Berlin. Verfasser, Vorstandsmitglied des Bundes für Mutterschutz, führt in der ersten Hälfte dieses Aufsatzes ungefähr folgendes aus: Die unehelich geborenen Kinder stellen ein körperlich und geistig mindestens ebenso wertvolles Menschenmaterial da wie die ehelichen. Die Weltgeschichte kennt sogar sehr hervorragende Menschen solcher Abstammung (Leonardo da Vinci u. a.). Auf der anderen Seite ist statistisch nachgewiesen, einesteils dafs die Säuglingssterblichkeit unter den unehelichen im ersten Lebensjahr enorm hoch ist (31,4 %), fast doppelt so hoch wie bei den ehelich geborenen Kindern, und anderenteils dafs die unehelichen in einem unverhältnismäfsig hohen Grade zu Verbrechern und überhaupt zu antisozialen Elementen werden. Die Bedeutung der unehelichen Kinder für den Staat erhellt ferner aus Siebberts statistischen Nachforschungen, aus denen sich ergibt, dafs 9 % der Soldaten des deutschen Heeres in Friedenszeiten oder ca. 44000 Mann unehelicher Abstammung sind. In der zweiten Hälfte seiner Arbeit gibt M. sodann eine kurze Schilderung der Leidensgeschichte von einem Dutzend verführter Mädchen, von denen sicher nicht von allen gesagt werden kann, dafs sie ein so hartes Los verdient hätten oder der Hilfe und des Mitleids unwürdig wären.

Arhovin in der Therapie der Blennorrhoe, von A. Schweitzer-Fiume. Im akuten Stadium verordnete S. das Arhovin in Dosen von 0,25 ad caps. gelat. vier- bis fünfmal täglich zu nehmen. Im weiteren Verlauf liefs er daneben Injektionen ausführen mit einer 1—1½ %igen Auflösung des Mittels in Öl. Mit dem Erfolg erklärt er sich sehr zufrieden. Aus seinem Beobachtungsmaterial von 16 so behandelten Fällen teilt er drei in ihren Umrissen mit.

Über Dirnentum und Mutterschutz, von W. Hammer - Berlin. (Fortsetzung und Schlufs.) Nach Mitteilung seiner Aufzeichnungen aus dem Lebenslauf der übrigen unehelich geborenen Dirnen (im ganzen 8 unter 100 Fällen) zieht Verfasser in diesem letzten Abschnitte die Schlufsfolgerungen seiner Beobachtungen. Wenn er hier nur von einer Serie von 100 Fällen spricht, so mufs dabei bemerkt werden, dafs sein Material weit bedeutender ist, dafs aber die Aussagen der anderen Dirnen fast nur wie eine Wiederholung der früheren lauten. Man wird dem Verfasser, der die ausgiebigsten Studien auf diesem Gebiet im Laufe der Jahre angestellt hat, nicht Mangel an Interesse für den Gegenstand vorwerfen können. Um so mehr ist es zu beachten, wenn er es als sehr fraglich hinstellt, ob es sich empfehlen würde, die noch bestehende Gesellschaftsordnung, welche die Fortpflanzung des Menschengeschlechts an bestimmte Verpflichtungen und Bedingungen bindet, zugunsten eines freieren Verkehrs umzustofsen. Er läfst es nicht zweifelhaft erscheinen, dafs er die Bestrebungen des Bundes für Mutterschutz, welche geeignet sind, dem Werte der Ehe als einer sozialen Einrichtung Abbruch zu tun, nicht für ganz heilsam und empfehlenswert erachtet. Nicht Umsturz, sondern Ausbau der heutigen Gesellschaftsordnung ist nötig. Jedenfalls dürfe dem Leichtsinn nicht eine gewissermafsen offizielle Sanktionierung zuteil werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The British Journal of Dermatology.

November 1906.

Molluscum fibrosum pendulum und Adenoma sebaceum, von W. Allan Jamieson und Lily H. Huie. Die Verbindung von Molluscum fibrosum und Adenoma sebaceum, eine Association, welche von Hutchinson schon beschrieben wurde, beobachtete Jamieson in zwei Fällen; einen 26jährigen Farmer und ein 11jähriges Mädchen betreffend, und Lily Huie machte diese Fälle zum Gegenstande mikroskopisch-histologischer Untersuchungen. In den beiden Fällen waren die Molusken in verschiedenster Gröfse von kaum sichtbaren Hauterhebungen bis zu gestielten, 1½ cm langen Taschen vorhanden und zwar an Schultern, Brust, Rücken, im ersteren Falle an den Achseln den Charakter von Moluscum pendulum annehmend. Die Adenome safsen in der Gröfse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Mandel im Gesicht, an der Nase und besonders an den Wangen. Bei der kleinen Patientin wurde gegen letztere die Behandlung mit X-Strahlen versucht, aber die 30 Sitzungen zweimal wöchentlich fünf Minuten lang, blieben ohne Einfluſs. Der beachtenswerteste Punkt in der Histologie des Moluscum fibrosum ist nach den Untersuchungen von Frl. Huie das fast völlige Fehlen elastischen Gewebes; der Querschnitt durch eine der sogenannten Taschen zeigt auch, daſs diese Geschwulstbildung eine feste ist und keinen zentralen Hohlraum enthält; das Zentrum ist sogar von stärkeren und fester eingelagerten fibrösen Strängen besetzt als die Peripherie. Das elastische Gewebe ist nur in geringer Menge in der Papillarschicht des Coriums noch bestehen geblieben und verursachte dessen äuſserste, unter der Epidermis liegenden Schicht eine Art Steifheit, so daſs man, wenn man die Haut doppelt zwischen den Fingern rollt, das Gefühl eines Hohlraumes, wenn auch fälschlich, hat. Mit zwei Abbildungen.

Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheitszuständen, speziell in bezug auf gewisse Argioneurosen, von S. Ernest Dore-Cantab. (Fortsetzung.)

Die opsonische Behandlung einiger Hautkrankheiten, von George Pernet und J. Lemare Bunch. (Fortsetzung.) *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Oktober 1906.

Infektiöse Dermatitis gangraenosa, von Groven W. Wende und Charles A. Bentz. Bei dem 70jährigen Patienten, Farmer, stellte sich eine Blaseneruption, die bald in verschiedentlich verteilte und ausgedehnte Nekrose überging, ein; deren Ursprung war offenbar auf eine Art Autoinokulation von einem chronischen Beingeschwür aus zurückzuführen. Keinerlei Allgemeinerscheinungen während der Entwicklung der Hautveränderungen, sekundäre Allgemeininfektion und Tod infolge von Septikämie. In den Blasen- und gangränösen Hautstellen wurden zur Lebenszeit, ebenso wie in den inneren Organen bei der Autopsie, Strepto-Staphylo-Diplokokken und Bazillen gefunden. Die Gangrän war zuerst an Kopf und Nacken, dann Armen und Beinen und später an Bauch und Brust aufgetreten. Verfasser können bei Betrachtung der Art und Weise, wie die Hautveränderungen die verschiedenen Stadien durchmachten und über den Körper verteilt waren, zu keinem anderen Schlusse kommen, als daſs es sich um eine von dem alten Beingeschwür ausgehende Sekundärinfektion handelte. Sie finden in der ganzen Literatur nur einen weiteren, ganz ähnlich verlaufenen Fall (von Fordyce und Newborn, im Jahre 1903 in *The Journ. of cutaneous diseases*, Dezember, beschrieben).

Ein Fall von Parakeratosis variegata, von Henry G. Anthony-Chicago. Die drei Affektionen: Dermatitis psoriasiformis nodularis, Parakeratosis variegata und

Erythrodermie en plaques disseminées haben zwar einzelne gemeinsame Symptome, wie oberflächliches Auftreten, Vorkommen bei jüngeren, sonst gesunden Individuen, allmähliche, unmerkliche Zunahme der Hautveränderungen, kein Jucken und Resistenz gegen jede Therapie, trotzdem steht A. nicht auf Seite jener, welche diese drei Affektionen für identisch halten, sondern betrachtet sie als drei verschiedene Hautleiden. Der Fall von Parakeratosis variegata, welchen er beobachtete, betraf einen 23jährigen Mann, Minenarbeiter, bei dem sich nach einer Allgemeineruption von „Prickly heat" die nun seit fünf Jahren an Rumpf, Armen und Oberschenkeln bestehende Hautaffektion einstellte. Die Haupterscheinungen derselben sind eine Kombination von ganz leichtem, oberflächlichem Erythem mit verschiedenen Graden von Pigmentierung, die den im Verschwinden begriffenen Plaques von Lichen planus ähnlich sind, und drei Formen von Veränderungen aufweisen: 1. Hellbraun gefärbte Plaques, wobei Erythem mit geringer Pigmentierung verbunden ist; 2. kastanienbraungefärbte Plaques mit Erythem und stärkerer Pigmentierung und 3. bläulich gefärbte, ausschliefslich durch Pigmentbildung verursachte Plaques. Die Eruption ist in unregelmäfsiger Weise über die genannten Körperstellen verbreitet, die Plaques von verschiedener Gröfse bis zu einem Eindollarstück. Mehrere Ärzte, welche den Fall sahen, stellten die Diagnose Lepra, Syphilis, Psoriasis, von welchen Hautleiden aber keines in Betracht kommen konnte. Von der Erythrodermie pityriasis en plaques disseminées unterscheidet sich der Fall durch die ausgesprochene Pigmentierung, den papulären Charakter mancher der Plaques, das Fehlen von Seborrhoea. Differentialdiagnostisch wären noch Mykosis fungoides, die aber histopathologisch ein ganz anderes Bild zeigt, und Lichen planus zu erwähnen. Das Fehlen von Jucken, die Resistenz gegen jede Therapie im Gegensatz zu Lichen, die andersgeartete Pigmentierung bei letzterer (violett, dunkelbraun), welche übrigens eine Schlufs- und nicht eine Begleiterscheinung wie bei der Parakeratosis ist, lassen letztere ausschliefsen.

In der folgenden Diskussion (auf der 30. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, 31. Mai bis 2. Juni 1906) führt Thomas O. Gilchrist einen ähnlichen Fall an, welchen er bei einer 24jährigen Frau beobachtete. Dieselbe hatte das Hautleiden, das auf Rumpf und Oberextremitäten beschränkt war, bereits seit ihrem vierten oder fünften Lebensjahr; unter X-Strahlenbehandlung verschwand es vor zirka einem Jahre und blieb verschwunden.

Ein Fall von multiplem Keloid, von E. D. Newman-Newark. Der Fall betraf einen 49jährigen Bergarbeiter, der eine grofse Anzahl von Keloiden an Stirn, behaartem und unbehaartem Kopf, Nacken, Brust, Rücken, Armen und Unterextremitäten in der Gröfse von 8 mm bis 20 cm Länge und 18 cm Breite hatte, ohne dafs ihm diese zahlreichen Geschwulstbildungen Beschwerden verursachten. Die gröfste derselben läuft, ein unregelmäfsiges Viereck bildend, vom linken Ohr herab gegen die Brust in der Länge von 20 und der Breite von 18 cm. Die Entstehung der Keloide führt Patient auf eine, an dieser Stelle vor 13 Jahren unternommene Operation zurück, N. kann jedoch nichts Genaueres darüber erfahren.

Analyse von 65 Fällen von blasenartigen Erkrankungen der Haut, von William Thomas Corlett-London. Verfasser möchte mit seinen Fällen die bekannte Schwierigkeit, welche in der Klassifikation der Blasenausschläge liegt, neuerdings illustrieren. Es kommen in erster Linie 20 Fälle von Pemphigus, welchen C. aber immerhin unter die selteneren Hautaffektionen rechnet; seine Fälle zeigen ein Überwiegen des weiblichen vor dem männlichen Geschlecht (16 : 4); das Durchschnittsalter, in welchem die Krankheit zuerst auftrat, war 37, der jüngste Patient 3½, der älteste 60 Jahre alt. Innere Behandlung mit Arsenik schien C. nicht den Erfolg als Spezifikum gehabt zu haben, wie ihm mancherseits zugeschrieben wird. Pemphigus

foliaceus ist von aufserordentlicher Seltenheit, die meisten der (sieben) Fälle C.s kamen nach dem mittleren Lebensalter vor; die Schleimhäute waren in keinem der Fälle ergriffen. Nahe verwandt mit diesen Fällen sind jene von sog. Pemphigus des Neugeborenen, welche bei rechtzeitig zur Welt gekommenen und gut entwickelten Kindern vorkommen; das erste Symptom war das Auftreten einer Eruption während der ersten Lebenswoche. Impetigo bullosa und Dermatitis bullosa sind noch seltenere Modifikationen der Blasenausschläge, und dürfte es wohl zu weit gegangen sein, jeder Abart derselben einen speziellen Namen zu geben (Referent). Von Dermatitis herpetiformis beobachtete C. zwölf Fälle; kaum die Hälfte derselben haben aber die typische Form dieser Krankheit gezeigt. Es kommen dann noch drei Fälle von Epidermolysis bullosa hereditaria, ein Fall von Urticaria bullosa und fünf Fälle von Pompholyx; bei letzteren war oft die Unterscheidung von Ekzema eine schwierige. Zum Schlusse seiner Arbeit gibt C. zu, dafs in all diesen Fällen von Blasenausschlag eine grofse Anzahl von den sog. typischen Formen abweichen und es sehr oft Sache persönlicher Ansicht ist, zu welchem Typus sie zu rechnen sind. *Stern-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1906. Heft 19.

Die Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis congenita, von H. Simmonds-Hamburg.

Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis, von E. Tomaszewski-Halle.

Ist das Jod ein wirksames Mittel zur Behandlung der Syphilis? In diesem redaktionellen Artikel (*La quingaine thérap.*, 25. August 1906) tritt Verfasser entschieden den Bestrebungen, welche neuerdings zur Diskreditierung des Jodkaliums sich geltend gemacht haben, entgegen. Er betont, dafs dasselbe nach wie vor ein unersetztes Mittel ist zur Bekämpfung vieler gegen Hg refraktären Fälle von ostеokopischen und arthralgischen Schmerzen und Kopfweh der sekundären Periode und der Gummata, Exostosen und Ulcerationen der späteren Zeit.

Tinctura jodi und Gonokokken, von Davydow. Bei 32 Fällen von Urethralblennorrhoe hat D. Injektionen mit Jodtinktur (fünf Tropfen auf 180 ccm Aq. dest.) zwei bis dreimal täglich zu geben verordnet. Wenn nach zwei Tagen der Ausfluſs sich nicht vermindert, verstärkt er die Lösung auf zehn Tropfen. Im übrigen hilft er auch mit Salol (0,5 sexies die) und Decoct. uvae ursi nach. Im weiteren Verlauf geht er zu einer Lösung von Plumb. acetic. (1,0) und Carbolsulphat (1,0) in Aq. dest. 180,0 über. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1906. Heft 8—9.

Das Lymphosarkoid, eine neue Varietät des Sarkoids, von H. Gougerot. Den Typus „Sarkoid" hat Kaposi geschaffen; er hat darunter die Mykosis fungoides, die Lymphodermia cutanea, die Sarkomatosis cutanea und das eigentliche Hautsarkom zusammengefafst. Spätere Forscher haben dann den Namen Sarkoid für die Gruppe b der Sarkomatosis cutanea beibehalten. In diese Gruppe gehören kleine gutartige und heilbare Lympho-konjunktivale Neubildungen von wahrscheinlich infektiösem Ursprung. Aber auch mit dieser Einschränkung bleibt das Sarkoid weit entfernt, eine nosologische Einheit darzustellen. Zwei besondere Formen, das multiple, gutartige, disseminierte

Lupoid (Boeck) und das „Sarcoide hypodermique“ (Darier-Roussy) sind bereits von ihm abgetrennt, und G. stellt in dieser Abhandlung als neue Gruppe das Lymphosarkoid auf, wobei er sich freilich nur auf eine Beobachtung stützt. Aber dieser Fall zeichnet sich durch seine Symptomatologie und den histologischen Befund so sehr von allen bisher beschriebenen Formen aus, dafs er sich in Übereinstimmung mit De Beurmann und Darier zu diesem Vorgehen berechtigt glaubt.

Die Neubildung, deren Träger ein kräftiger, 70jähriger Wallarbeiter ist, befindet sich fast ausschliefslich auf Brust und Rücken. Sie besteht aus zahlreichen kleinen, harten, getrennt stehenden Knötchen von 4—6 mm Umfang. Die Knötchen sitzen in der Cutis, sind seit ungefähr einem Monat vorhanden und haben den Patienten, der wegen einer Prurigo zur Aufnahme kam, in keiner Weise belästigt; sie schienen sich unter der Anwendung von Arsen zurückzubilden.

G. hält einen parasitären Ursprung für wahrscheinlich, obschon eine bakteriologische Fahndung vollkommen leer verlief. Histologisch handelte es sich um tuberkuloide Gebilde, Haufen von epithelioiden Zellen mit Riesenzellen, umgeben von einer breiten, entzündlichen, lympho-konjunktivalen Reaktion.

Ein Fall von Übertragung einer Trichophytiasis des Damhirsches auf den Menschen, von G. Ceresole-Padua. In einem grofsen, ringsum abgeschlossenen Park waren 13 Damhirsche an Trichophytie erkrankt; zehn von ihnen starben, drei konnten gerettet werden. Von den Menschen, die mit ihnen in Berührung kamen, erkrankten ebenfalls 13, und ihre Heilung erfolgte erst nach Monaten. Die Quelle der Ansteckung für die Tiere war nicht zu ermitteln. Verfasser erblickt in diesem Vorkommnis eine Stütze für die Behauptung, dafs das Trichophyton auch als Saprophyt vorkommt.

Bei den Tieren bestanden die Hautveränderungen in zahlreichen, teils zusammenfliefsenden herpetischen Plaques am ganzen Körper. Diese Plaques hatten rundliche Gestalt und bis zu 10 cm Durchmesser; es waren mit Krusten bedeckte rote, leicht nässende Herde; mit den Krusten hob man auch sämtliche Haare ab; diese safsen ganz lose, waren aber niemals gebrochen. Bei den Männern safs die Trichophytie auf den Wangen, dem Hals, den Händen und den Unterschenkeln; auch bei ihnen handelte es sich um rote, geschwollene Flächen von runder Gestalt, die mit impetiginösen Krusten bedeckt waren. Alle Kranken klagten über unerträgliches Jucken.

In den Krusten und Schuppen sowohl tierischer wie menschlicher Herkunft fand sich eine kleine Zahl von Myceliumfäden mit ganz vereinzelten Sporen. An den Haaren fanden sich, je näher zum Bulbus, eine desto gröfsere Menge fast kreisrunder Sporen, von 2—3 μ Durchmesser, herrührend von der Fragmentation des das ganze Haar umgebenden Myceliums.

Die Kultur dieser Sporen gelang leicht. Sie bestand aus einer kleinen, weifslich-grauen, runden, flockigen Kolonie von der Form eines flachen Kegels mit sehr breiter Grundfläche. Rings von der Kolonie laufen ganz zarte Fäden fast gradlinig aus. Solche Kultur hält sich ungefähr zwei Monate. Die Reproduktionsorgane bestehen aus kleinen, fast kreisrunden Konidien, die traubenförmig angeordnet sind; vereinzelte Sporen sind ganz selten. Diese Kulturen erwiesen sich auf Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen übertragbar.

Mit dem von Matrushot und Dassonville beschriebenen Trichophyton des Pferdes ist der hier geschilderte Trichophyton trotz vieler Ähnlichkeiten nicht identisch.

Zwei Fälle von familialem Pseudo-Milium colloidale, von L. Bosellini. Das Neue an dieser Mitteilung ist die Tatsache, dafs es sich in beiden Fällen um ganz junge Patienten — neun und zwölf Jahre — handelte und dafs diese beiden

Patienten Brüder waren. Dadurch ist die Annahme, daſs diese Dermatose durch eine senile Veränderung des Hautgewebes bedingt sei, nicht mehr haltbar. Im übrigen bot der Ausschlag die bekannten Erscheinungen: kleine, durchscheinende, vesikelartige Gebilde von zitronengelber Färbung und prall elastischer Beschaffenheit sitzen an den bekannten Stellen, besonders auf der Nase, den Wangen und auch an den Ohren. Die ganze Haut ist braun gefärbt. Der Ausschlag verursacht keinerlei Beschwerden. Im übrigen bietet der Organismus ein ganz normales Bild.

Verfasser hat eine gründliche histologische Untersuchung vorgenommen. Der Prozeſs, der dem Pseudo-Milium colloidale zu Grunde liegt, beginnt mit einer primären Degeneration des elastischen und kollagenen subpapillaren Bindegewebes. Diese Degeneration setzt an vielen Stellen zugleich ein, die kleinen kolloidalen Massen treiben die Epidermis nach oben, und so entstehen die kleinen vesikuloiden Knötchen. Diese bringen die Epidermis, von der sie bedeckt werden, zur Atrophie, die colloide Masse wird nach Art eines Sequesters ausgestoſsen und die Heilung erfolgt unter Hinterlassung einer narbigen Einsenkung. Im ganzen scheint dem Vorgang eine Dystrophie zugrunde zu liegen.

Beitrag zur Klinik und Histologie der Epidermolysis bullosa congenita, von Petrini-Galatz. P. tadelt, daſs die Epidermolysis bullosa, die eine chronische, aber immerhin gutartige Krankheit darstellt, in den Lehrbüchern unter dem Pemphigus, der fast immer tötlich verläuft, abgehandelt wird; er möchte sie als Krankheit suigeneris betrachtet wissen.

Er selber teilt drei Beobachtungen mit. Es handelt sich um drei kleine Mädchen — die Epidermolyse bevorzugt das weibliche Geschlecht — die seit ihrer Geburt an dieser Dermatose litten. Zwei von ihnen waren Geschwister und hatten noch drei andere Geschwister, die denselben Symptomenkomplex aufwiesen.

Bei den drei fünf- bis siebenjährigen Patientinnen war der klinische Befund der gleiche. Die einzelnen Schübe waren sehr selten, die Blasen standen meistens einzeln und hatten einen serösen oder leicht blutigen Inhalt. Alle Versuche, aus diesem Inhalt Bakterien zu züchten, blieben erfolglos. Die Blasen saſsen mit Vorliebe an den Streckseiten der Gelenke der obern und untern Extremitäten; sie heilten unter Hinterlassung von Hautatrophien. Auch die Nägel waren, wie häufig bei dieser Dermatose, stark in Mitleidenschaft gezogen und verschwanden zum Teil gänzlich. Dieses Verhalten der Epidermolyse und anderer Symptome, das symmetrische Auftreten der Blasen z. B., bestärken P. in seiner Auffassung, daſs dem ganzen Prozeſs eine Störung in den peripheren Nerven zugrunde liegt. In den vielfachen Traumen und Stöſsen, denen die Haut ausgesetzt ist, vermag er die nächste auslösende Ursache für das Zustandekommen der Blasen nicht zu erblicken. Der histologische Befund endlich berechtigt nicht, den ganzen Prozeſs als einen entzündlichen aufzufassen.

Türkheim-Hamburg.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 7—8.

I. **Pathologische Veränderungen bei chronischem Tripper der Harnröhre**, von J. Bukovsky-Prag. Verfasser hat im Laufe von zwei Jahren männliche Harnröhren von 68 Blennorrhoefällen untersucht; das Material stammte aus dem pathologischen Institut in Prag (Prof. Hlava). Von den 68 untersuchten Harnröhren zeigten 15 deutliche pathologische Veränderungen; die übrigen waren entweder ganz normal oder nur unwesentlich verändert. Die Harnröhren wurden mit den Harnblasen in toto

in Formalin eingelegt und fixiert. Die Harnröhren wurden dann in ½ cm lange Stücke zerteilt und von jedem Stück wurden Schnitte gemacht. So konnten leicht die normalen Harnröhren von den pathologischen getrennt werden; die pathologischen wurden dann in Serien von Schnitten untersucht. Alle Fälle wurden behufs Untersuchung auf Gonokokken nach KÜHN und JADASSOHN gefärbt.

Verfasser beschreibt nun ausführlich auf Grund zahlreicher Abbildungen die Ergebnisse seiner Untersuchungen der ersten elf pathologischen Fälle; die Beschreibung eignet sich nicht für ein Referat. (Fortsetzung folgt.)

II. **Ein Fall von hereditärer Lebersyphilis**, von M. PASCHALIS. Kurze Beschreibung eines Falles, den Verfasserin in Lodz (im Fabrikspital) beobachtete. Es handelte sich um ein zwölfjähriges Mädchen, deren Eltern Lues durchgemacht haben; die Mutter war elfmal schwanger, abortierte aber meist und brachte, bis auf zwei, lebensfähige Kinder zur Welt. — Patientin hat im ersten Lebensjahre syphilitische Erscheinungen (Exanthem) dargeboten. Seit drei Jahren leidet sie an Schmerzen im rechten Hypochondrium und an öfteren Diarrhoen. Die Leber erscheint vergrößert, deren Oberfläche glatt, schmerzhaft; auch die Milz ist vergrößert, hart, unempfindlich. Nach Darreichung von Jodkalium, Syrupus ferri jodati und Solbädern bessert sich der Zustand, rezidiviert aber nach einigen Monaten und wurde dann durch Quecksilberbehandlung gebessert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bücherbesprechungen.

Medizinalkalender für das Jahr 1907 (zwei Abteilungen), herausgegeben von Dr. WEHMER. (August Hirschwald, Berlin 1907.) Der 58. Jahrgang dieses für jeden Arzt unentbehrlichen und in seiner Art unübertroffenen Werkes ist, wie immer, pünktlich vor Jahresschluß in verbessertem Gewande erschienen, um den Ärzten auch im neuen Jahre als getreuer Ratgeber und hilfsbereites Nachschlagewerk zur Seite zu stehen. Möge die Zahl seiner bisherigen Freunde sich ins Ungeahnte vergrößern, damit dem Herausgeber und dem Verleger für die viele Mühe und den Kostenaufwand ein anerkennendes Äquivalent zuteil werde. *Die Redaktion.*

Beitrag zur Kenntnis der Darmsyphilis, von S. DE MENDOZA. (J. B. Baillière, Paris 1906.) Die Darmsyphilis ist, falls sonstige spezifische Erscheinungen fehlen, durchaus nicht leicht zu diagnostizieren, und obwohl sie gewiß eine sehr seltene Affektion ist, so sind doch einzelne Fälle in der Literatur verzeichnet, bei denen das Übersehen dieser Möglichkeit recht fatale Folgen hatte. Bei dem hier ausführlich geschilderten Falle, einem 62jährigen Herrn, welcher lange Jahre in den Tropen zugebracht hatte, wurde die richtige Diagnose erst nach achtjährigem Bestehen des Leidens und nachdem verschiedene Autoritäten dasselbe irrigerweise als Tropendiarrhoe bezeichnet hatten, gestellt. Der Erfolg der Therapie bestätigte durchaus die Diagnose, indem durch subcutane Hg-Injektionen bald eine Besserung und nach 30 Tagen ganz normales Verhalten erzielt wurden. Nach einer weiteren einmonatigen Behandlung mit Jodkalium wurde der Patient als geheilt entlassen, und die Heilung hat wenigstens ein Jahr angehalten. Verfasser bespricht unter eingehender Berücksichtigung der Literatur, namentlich der FOURNIERschen Fälle, die Anomalie in bezug auf klinische Erscheinungen, pathologische Anatomie und Therapie ausführlich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einfluſs der Menstruation auf gewisse Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley. (Rebman Company, New York und London 1906.) Im ersten Kapitel dieses lesenswerten Buches bringt der Verfasser allgemeine Betrachtungen über die Menstruation als „Kulminationspunkt" der zyklischen Veränderungen im ganzen organischen Leben des Weibes, über die dabei vorkommenden Veränderungen im Harn, Körpertemperatur, in der Schilddrüse, im Blut und besonders im Nervensystem, und hebt schlieſslich hervor, daſs er in vielen Hunderten von Fällen einen hochgradigen Einfluſs der Menstruation auf viele Hauterkrankungen im Sinne einer Verschlechterung beobachtet hat, sei es, daſs gleichzeitig erkennbare Gebärmutter- oder Eierstockserkrankungen vorhanden waren oder nicht. Im zweiten Kapitel nimmt er speziell Bezug auf eine Anzahl von 91 Patienten, welche längere Zeit hindurch verfolgt werden konnten und 20 verschiedene Hauterkrankungen aufwiesen. Bei Akne wurde am häufigsten beobachtet, daſs sie gerade vor den Menses oder bei deren Eintritt sich bedeutend verschlechterte und plötzlich am Höhepunkt der Menses Besserung erfuhr. Der Zusammenhang zwischen einfacher Akne und Pubertät und Acne rosacea und Menopause ist fernerhin täglich zu beobachten. Bei Ekzema war in zwölf Fällen das Hautleiden schlimmer kurz vor den Menses, in sieben schlechter, in fünf Fällen besser während derselben, und in vier Fällen trat sie erst zur Zeit derselben auf; die Lokalisation des Ekzems war eine höchst wechselnde, fast jeden Körperteil betreffende. Herpes ist besonders häufig um den Mund herum und tritt bei manchen Frauen regelmäſsig bei jeder Periode auf. Es kommen nun zunächst an Häufigkeit Pemphigus und als nahe verwandt mit diesem und Herpes Dermatitis herpetiformis. Urticaria und Oedema circumscriptum (Quincke) sind weniger häufige Begleiterscheinungen des Monatesflusses, ebenso Erythema in seinen verschiedenen Arten (simplex, multiforme und nodosum); von Erythema simplex sah B. eine Reihe von Fällen offenkundigen Auftretens zur Zeit der Menses. Ferner kann man von menstrualem Erysipel, dessen Verlauf im allgemeinen ein milder ist, sprechen. Die während der Menstruation häufigen allgemeinen Zirkulationsstörungen in Verbindung mit den vielen nervösen Erscheinungen lassen es erklärlich scheinen, wie in den Kapillaren Veränderungen vorkommen können, die zu Ecchymosen und Purpura führen. In diesem Zusammenhang finden die Fälle von sogenanntem „Blutschwitzen" und Blutungen aus erkrankten Hautpartien, deren Koinzidenz mit sehr hochgradigen Menses eine Anzahl in der Literatur niedergelegt sind, Erwähnung. Vermehrter Pruritus ist keineswegs eine ungewöhnliche Erscheinung zur Zeit der Menses, und zwar ist er bei vielen Hautkrankheiten dann höchst belästigend, so besonders bei Psoriasis, Dermatitis seborrhoica, Affektionen, welche an sich zu jener Zeit Verschlimmerung erfahren. Allgemeine oder lokalisierte Hyperidrosis in Verbindung mit Menstruationsbeschwerden oder mit Gebärmutteraffektionen ist nicht gar selten, ebenso wie reichliche Perspiration in Verbindung mit Menopause eine bekannte Tatsache ist. Ein stärkeres Hervortreten von Chloasma und Melanoderma zur Zeit der Menses beobachtete B., gleich anderen Autoren, in ausgesprochener Weise, ferner eine erhöhte Reizung zu Eiterbildung — Furunkeln und Abscessen. Auch bei Syphilis fand B. Fälle, wo die Hauterscheinungen während der Menstruation Verschlimmerung erfuhren, ebenso bei einem Falle von Lupus vulgaris und sogar bei einem solchen von Epitheliom. Im dritten Kapitel bespricht Verfasser die verschiedenen Theorien, welche zur Erklärung des Menstruationseinflusses herangezogen werden, und führt als hauptsächliche an: 1. die regelmäſsig wiederkehrende (zyklische) Veränderung im ganzen Organismus; 2. Autointoxikation von den Genitalorganen aus und 3. reflektorische Nervenreizung aus den Kongestionszuständen von Gebärmutter und Ovarien. Sicher könnten oft all'

diese Bedingungen zusammenwirken, aber auch jede für sich imstande sein, gewisse Hautkrankheiten zu beeinflussen; z. B. ist die letztgenannte Art der Einwirkung mehr wie wahrscheinlich bei Herpes, bei Pemphigus, ebenso vielleicht bei Purpura, Ecchymosen, Blutschwitzen. Bei der Behandlung (viertes Kapitel) mufs zwar Rücksicht auf irgendwelche Erkrankung der Unterleibsorgane genommen und dieselbe in erster Linie beseitigt werden, aber immerhin hüte man sich, unnötige Eingriffe, wie sie zum Schaden der Patienten so oft gemacht wurden, vorzunehmen. Sorge für regelmäfsigen Stuhl und Beachtung der Nierenfunktion, die nicht zu selten bei den genannten Fällen gestört sei, sind wichtige Faktoren. Anämie wird in manchen derselben als die Hauptursache all' der Störungen gefunden, aber ebenso oft wird man bei sorgfältiger Beobachtung sehen, dafs diese Anämie nur die Folge von schon erwähnten Bedingungen ist; es ist daher völlig nutzlos, hierbei Eisen allein ohne gleichzeitige Sorge für Verdauung und Nierentätigkeit zu geben. Es mufs eben auch hier jeder Fall individuell mit den geeigneten diätetischen, hygienischen und medikamentösen Mitteln behandelt werden. Das angefügte Literaturverzeichnis umfafst 125 Arbeiten. *Stern-München.*

Über die Beziehungen von Haut- zu inneren Erkrankungen, von L. Duncan Bulkley. (Rebman Company, New York und London 1906.) Das Buch ist den „vielen Ärzten, welche Verfasser durch ihr aufmerksames Interesse bei seinen klinischen Vorlesungen über Hautkrankheiten während der letzten 30 Jahre geehrt haben", respektvollst gewidmet und verdient in der Tat eifrige Lektüre sowohl von seiten der allgemein praktischen Ärzte wie der Dermatologen, welche den Zusammenhang zwischen inneren und vielen Hauterkrankungen viel mehr beachten sollten, als es häufig der Fall sei. Mehr als 60% von etwa 10000 verschiedenen Hautkrankheiten, welche B. in der Privatpraxis behandelte, also mehr als 6000 Fälle, erforderten mehr oder weniger Allgemeinbehandlung, während nur 10% zu den drei Klassen von Neubildungen, Hypertrophie und Atrophie gehörten und weitere 10% zusammen Syphilis und parasitäre Erkrankungen, welche für gewöhnlich auch Allgemeinbehandlung erheischen, bildeten. Als häufig mit Gicht zusammenhängend führt B. an: Ekzema, Akne, besonders rosacea, Psoriasis, Urticaria, Pruritus; der Zusammenhang zwischen Diabetes einerseits und allgemeinem Pruritus, Ekzema der Geschlechtsteile, Urticaria andererseits, ebenso wie Xanthoma (diabeticorum) ist bekannt. Fettsucht und Dermatitis seborrhoica, ebenso Hyperidrosis usw. kommen oft zusammen vor, und schliefslich ist Skrophulose als eine Konstitutionskrankheit zu erwähnen, bei welcher Hautaffektionen häufig sind. In all' diesen Fällen kommt natürlich die antikonstitutionelle Behandlung in Betracht. Verfasser teilt weiterhin sein Thema ein, je nachdem es sich 1. um Verdauungsstörungen, 2. um Störungen der Ausscheidung (Nieren, Haut, Lungen), 3. der Nerven, 4. der Zirkulationsorgane und 5. um solche sexuellen Ursprungs handelt. Bei Akne fand B. meist irgendeine Störung des Stoffwechsels und häufig, ebenso wie bei Ekzema, die Chloride und Phosphate im Urin weit unter der Norm. Bronchitis ist eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung vieler Hautkrankheiten und beobachtet man sie entweder gleichzeitig oder alternierend mit Ekzema und Psoriasis; mit der geeigneten Behandlung der letzteren sieht man auch die Bronchitis schwinden, ähnlich, wenn auch in geringerem Grade, verhält es sich mit Heufieber, und bei Asthma nimmt man ebenfalls einen Zusammenhang mit verschiedenen Hautkrankheiten, besonders Urticaria, an. Was die Nervenkrankheiten betrifft, so lehrt eine grofse Anzahl von Ekzem-Fällen, dafs nach der Pubertät die Eruption eine bedeutende Verschlimmerung erfuhr, also im Alter zwischen 25 und 40 Jahren, wenn gleichzeitig Erscheinungen nervöser Schwäche, von Neurasthenie, auftreten. Manche der neueren sogenannten antineuralgischen Mittel sind oft bei Hautkranken von

grofsem Werte, indem sie die allgemeine Aufregung lindern und Schlaf bringen; Gelsemium und Canabis indica sind gegen das Jucken ebenfalls wirksam. Herpes zoster, wo der Nervenschmerz oft so hochgradig ist, ist der Typus einer Neurose, indem er auf akuter descendierender Neuritis beruht, die nach B.s Ansicht im allgemeinen ihren Ursprung in den Spinalganglien der Nerven hat. Der Zusammenhang zwischen Zirkulations- und Hautstörungen wird u. a. durch die Häufigkeit von Pruritus und Ekzema bei Hämorrhoidalkongestion, von Ekzema und Ulcerationen bei Varicen der Unterextremitäten bewiesen. In manchen Fällen ist der Charakter des Blutes selbst und dessen Zusammensetzung von Bedeutung, so fand man bei manchen Eruptionen, wie Lichen ruber, Erythema multiforme, Ekzema, Psoriasis u. a. die Alkaleszenz des Blutes vermindert; Störungen im Lymphsystem wurden bei Elephantiasis, bei manchen anderen Erkrankungen, wie Lymphangiom, und Lymphstase bei chronischem Ekzem, speziell an den Unterextremitäten konstatiert. Hauterkrankungen und sexuelle Erscheinungen hängen häufig zusammen; Chloasma bei Schwangerschaft, bei Uterus- und Ovarialerkrankungen, auch Pruritus bei Schwangerschaft, ebenso Herpes gestationis gehören hierher. Zur Zeit der Menopause sind Acne rosacea, ebenso wie Ekzema sehr hartnäckiger Natur, und nach der Menopause kommt überflüssiger Haarwuchs im Gesicht häufig vor. Beim männlichen Geschlecht, glaubt B., führt sexueller Abusus häufig zu Akne; Harnröhrenstriktur, Herpes genitalis und Pruritus ani treffen häufig zusammen. Kurz die Syphilis besprechend, erklärt es B. für einen schweren Fehler, bei derselben nur die zwei Heilmittel Quecksilber und Jodkalium in Betracht zu ziehen, sondern zu einer geeigneten Behandlung gehörten noch viele Mafsnahmen, welche zwar auf das Gift selbst wenig direkten Einfluſs hätten, aber von gröfster Bedeutung zu völliger Erholung wären; hier gehörten diätetische und hygienische Vorschriften und, wenig nötig, völlige Luftveränderung. Ausführlich behandelt B. die bei vielen Hauterkrankungen im allgemeinen so wichtige Diät und bezeichnet als Hauptgrundsätze Regelung der Quantität und Qualität der Nahrung, deren Zubereitungsweise, Zeit und Art der Aufnahme. Milch regt den Appetit an und sollte fleifsig vor den Mahlzeiten genommen werden, Fleisch, besonders Rind- und Hammelfleisch, sind bei manchen akuten Eruptionen geradezu schädlich, und bei Psoriasis beobachtete B. völlige Heilung, wenn für Monate und Jahre kein Fleisch genossen wird. Fette und Öle werden oft mit Unrecht bei vielen Hautkrankheiten, speziell bei Akne, gemieden; B. hält dies auch bei letzterer für unnötig. Kohlehydrate und Stärkemehle zeigen sich, im Übermafs genossen, bei vielen Hautaffektionen als schädlich, indem sie zu abnormen Magen-Darmgärungen und Stoffwechselstörungen führen. Tee und Kaffee können zwar in mäfsiger Weise genossen werden, zu den schlimmsten Fällen von Ekzema aber, welche B. behandelte, gehören jene, wo ungewöhnlich grofse Mengen Tees zu den verschiedensten Tageszeiten genossen wurden. Der schädliche Einfluſs des Tabaks wurde konstant bei vielen Hautaffektionen beobachtet, Pruritus und Ekzema der Anal- und Genitalgegend werden oft solange bestehen bleiben, bis der Tabakgenufs aufgegeben ist, und wieder auftreten, wenn man ihn wieder erneuert. Unregelmäfsige, rasch eingenommene Mahlzeiten usw. sind eine konstante Quelle nervöser Erschöpfung und von Magen-Darmstörungen, und B. könnte viele Fälle aufzählen, wo deren Einfluſs auf Hautaffektionen ein sehr ausgesprochener war. Die hygienischen Bedingungen kommen in erster Linie bezüglich der Beschäftigung in Betracht, und hier sind die zahlreichen Berufsdermatosen bekannt. Atmosphärische Einflüsse sind zuweilen von Wichtigkeit, indem viele Patienten mit den verschiedenartigsten Hauteruptionen für barometrische Veränderungen sehr empfänglich sind und mit ihren subjektiven Gefühlen oft Stürme usw. lange voraussagen können. Ein Übermafs von Bädern kann oft Schaden

bringen, besonders die so häufig zur „Blutreinigung“ beliebten türkischen und russischen Bäder, auch die Schwefel- und Quecksilberbäder. Bezüglich der natürlichen Quellen und Badeorte fällt B. ein durchaus absprechendes Urteil, indem er erklärt, der gröfste Teil der Patienten mit Hautkrankheiten befände sich weit besser unter geeigneter ärztlicher Aufsicht zu Hause, als an den Badeorten; ein weiterer Nachteil sei auch der, dafs Patienten, besonders syphilitische, welche ein oder mehrere Bäder ohne genügenden Erfolg besucht haben, oft ganz hoffnungslos bezüglich einer Dauerheilung werden und überhaupt keine Behandlung mehr eingehen. Den Schlufs des Buches bilden allgemeintherapeutische Besprechungen über die wichtigsten, bei Hautkrankheiten in Betracht kommenden inneren Mittel; B. erwähnt, dafs fast alle dem Nervenarzt dienlichen Mittel für eine oder die andere Krankheit von Vorteil sind, wofür Arsenik ein Beispiel ist, und schliefst mit der Mahnung, man solle stets bei Krankheiten der Haut oder anderer Organe dessen eingedenk sein, dafs sie eine verminderte Lebenstätigkeit des erkrankten Teiles oder noch häufiger des gesamten Organismus darstellen. *Stern-München.*

Handbuch der Physiologie des Menschen, herausgegeben von W. Nagel-Berlin. II. Band, 1. Hälfte und I. Band, 2. Hälfte, 1. Teil. (Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1906.) In der 1. Hälfte des II. Bandes werden behandelt die innere Sekretion (der Schilddrüse, des Hirnanhangs, der Nebennieren, des Thymus, der Milz, des Pankreas, der Nieren und der Keimdrüsen) von Heinrich Boruttau, die Physiologie der männlichen Geschlechtsorgane von W. Nagel, die Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane von Hugo Sellheim, die Absonderung und Herausbeförderung des Harns von R. Metzner und der Harn von Otto Weiss.

Mit vollem Recht sagt die Verlagsbuchhandlung in der Ankündigung des Werkes, dafs die Herausgabe des neuen Handbuches nicht nur den Physiologen willkommen und nützlich sein dürfte, sondern auch allen denen, deren Arbeitsgebiet die Beherrschung der Physiologie zur Voraussetzung hat, und überhaupt jedem Arzte, der auf irgendeinem Gebiete der Medizin wissenschaftlich arbeitet. Speziell die hier veröffentlichten vorzüglichen Arbeiten sind für jeden Arzt überaus lehrreich und wertvoll, für den Urologen aber wird besonders der zweite Teil der hervorragenden Abhandlung Metzners (die Beförderung des Harns durch die Ureteren in die Blase und die Entleerung aus der Blase) von gröfstem Interesse sein. Wenn dem Nicht-Physiologen am Ganzen etwas zu wünschen übrig bleibt, so wären es vielleicht eingehendere Mitteilungen über die Kryoskopie des Harnes; wer ein Werk von dem Range des Nagel-schen Handbuches benutzt, der soll darin alles finden, was zum Gegenstand gehört.

Der 1. Teil der 2. Hälfte des I. Bandes enthält die Physiologie des Stoffwechsels und die Wärmeökonomie des Körpers, beides von R. Tigerstedt. *Götz-München.*

Die hereditäre Syphilis und die syphilitische Heredität, von Paul Louis Gastou-Paris. (Ed. Crété. Corbeil [Seine-et-Oise]). Die Arbeit bildete Gegenstand eines Referates am internationalen Kongrefs in Lissabon (1906).

Verfasser macht auf die Unterschiede aufmerksam, die zwischen den so oft und ungerecht verwechselten Begriffen von hereditärer Lues und syphilitischer Heredität existieren. Die Syphilis der Eltern kann nämlich entweder direkt als solche auf die Nachkommen übertragen werden (hereditäre Syphilis), oder sie hat nur eine Störung der normalen Entwicklung der Nachkommen zur Folge, analog anderen toxischen oder infektiösen Krankheiten, wie Alkoholismus, Tuberkulose u. a. (syphilitische Heredität). Im ersten Falle weisen die Kinder syphilitische Symptome auf, im zweiten nur Degenerationszeichen und Ernährungsstörungen. Die Erscheinungen der hereditär-syphilitischen Kinder sind immer syphilitischer Natur, die syphilitische Heredität ist nur syphilitischen Ursprungs.

Der Effekt der Übertragung der Syphilis der Eltern auf die Nachkommen hängt hauptsächlich von drei Faktoren ab: zunächst von dem Zeugungsakt, d. h. vom Befinden der Eltern während, vor oder nach der Konzeption, 2. von dem Umstande, ob die Infektion vom Vater, von der Mutter oder von beiden Eltern stammt, und 3. von dem Zustande der Mutter unmittelbar nach der Konzeption. Dementsprechend unterscheidet Verfasser drei Arten von Heredität: 1. die „Heredo-Transmission", die Übertragung auf die Kinder dessen, was die Eltern im Momente des Zeugungsaktes an Syphilis besitzen, 2. die „Heredo-Contagion", die direkte Infektion mit spezifischen Erscheinungen, an denen die Erzeuger im Momente der Konzeption leiden, und 3. die „Heredo-Gestation", die Störung der normalen Entwicklung der Frucht durch postkonzeptionelle Syphilis der Eltern.

Von diesem Standpunkte aus untersuchte Verfasser die umfangreiche Statistik des Hôpital St. Louis in Paris und kommt auf Grund derselben zu folgenden Resultaten:

1. Sowohl die mütterliche als die väterliche Syphilis ruft bei den Nachkommen zweierlei Erscheinungen hervor, die gleich an Häufigkeit sind: entweder direkt syphilitische Symptome oder organische beziehungsweise funktionelle Veränderungen, die man als Dystrophien bezeichnet.

2. Die Mortalität der Descendenten ist das Hauptzeichen für die Syphilis der Ascendenten; es gehört hierher die Hälfte der Fälle von Aborten, Früh- oder Totgeburten, von unmittelbarem oder frühem Tode nach der Geburt.

3. Die Syphilis der Mutter, des Vaters oder der beiden Eltern scheinen für das Kind gleich todbringend zu sein, aber nicht in derselben Weise, die auch von der Periode der elterlichen Lues abhängig erscheint.

4. Die Syphilis des Vaters hat bei der ersten Generation eine Mortalität zur Folge, die fast in allen Perioden der Krankheit gleich, aber desto größer erscheint, je virulenter die Syphilis des Vaters ist. Auch die spezifischen Erscheinungen werden mit dem Alter der väterlichen Lues immer weniger häufig und sind selten, wenn der Vater an Syphilis des Nervensystems leidet. Auffallend erscheint, daß, je manifester die paterne Syphilis ist, desto eher gesunde Kinder zur Welt kommen; dies wird aber durch den günstigen Einfluß der intensiven spezifischen Behandlung des Vaters wohl erklärt.

5. Die mütterliche Syphilis führt immer zum Tode, unter spezifischen Erscheinungen oder Dystrophien der Frucht. Die syphilitischen Symptome erscheinen hier häufig, und zwar sehr früh. Die mütterliche Syphilis hat im allgemeinen für die Nachkommen einen sehr destruktiven Einfluß, was mit der mangelhaften spezifischen Behandlung der Mütter im Zusammenhang stehen mag.

6. Die väterliche Syphilis ruft meistens Aborte und Frühgeburten hervor, die mütterliche Totgeburten oder lebensunfähige Früchte.

7. Die Syphilis der beiden Eltern ist weniger gefährlich als die mütterliche, aber gefährlicher als die rein paterne Lues.

8. In der Syphilis der zweiten Generation ist dieser Einfluß der paternen, maternen oder konjugalen Syphilis schwerer zu präzisieren. Sicher ist es aber, daß die Syphilis der Eltern keine absolute Immunität der Kinder nach sich zieht; eine frische Infektion kann sowohl bei solchen Kindern eintreten, die nie luetische Erscheinungen hatten (Syphilis binaria" Tarnowsky) als auch bei solchen, die bereits Symptome der hereditären Syphilis gezeigt haben („Reinfectio" nach Gauchер).

9. Die Syphilis der zweiten Generation gibt fast die gleiche Sterblichkeit, ob sie vom Vater, von der Mutter oder von beiden Eltern herrührt.

10. Der Einfluß der Syphilis der Eltern auf die Nachkommenschaft manifestiert sich, auf Grund obiger Feststellungen, entweder a) in negativer Weise, oder b) durch

Tod der Nachkommenschaft, oder c) durch syphilitische Symptome, oder endlich d) durch Dystrophien.

11.—12. Der Tod der syphilitischen Kinder (Fehlgeburten, Aborte, Totgeburten) ist zweifelsohne als eine direkte Folge der Syphilis als solcher zu betrachten, was übrigens durch den Befund von Spirochaeta pallida bestätigt wird. Er gehört also ebenso wie die syphilitischen Symptome zu der Gruppe der hereditären Syphilis. Aber auch die meisten Knochenaffektionen der Kinder, Affektion der Augen, Nase, Zähne und der Haut (Dystrophien) gehören hierher.

13.—15. Das Stadium der Verhältnisse der Heredität bei Tuberkulose, Alkoholismus u. dgl. zeigt, dafs die Kinder dieser toxisch-infizierten Eltern ebenso häufig an Dystrophien leiden, wie die der Syphilitiker; die meisten Dystrophien kommen in allen hereditär-krankhaften Zuständen vor, und deshalb hat die syphilitische Heredität keinen spezifischen Charakter und gehört zu der Gruppe der „Heredo-Toxi-Infektion".

16. Die prophylaktischen und therapeutischen Mafsnahmen hängen wesentlich von der Unterscheidung zwischen hereditärer Lues und luetischer Heredität ab. Die Idee der syphilitischen Heredität verknüpft sich mit der Idee eines fatalen Stigmas und schliefst jede Behandlung aus. Demgegenüber beweist die Kenntnis der hereditären Syphilis die Möglichkeit der Verhütung der Folgen der elterlichen Syphilis für die Nachkommen, und zeigt uns, dieselbe energisch zu behandeln.

Die gegenwärtige Auffassung der syphilitischen Heredität hat das Verbot der Heirat, die moralische und physische Zerstörung des Familienglücks zur Folge. Demgegenüber wird die Heirat bei der Auffassung der hereditären Syphilis keineswegs verboten, und zwar auf Grund der Überzeugung, dafs die Quecksilberbehandlung die Wirkung der Syphilis auf die Descendenten aufhebt.

Deshalb dürfen alle Syphilitiker, die an wenig virulenter, drei oder vier Jahre alter und regelrecht behandelter Syphilis leiden, eine Familie gründen, falls sie keine individuellen oder hereditär-organischen oder funktionellen Fehler aufweisen. Sie müssen sich aber immer vor der Heirat einer energischen Quecksilberkur unterwerfen. Ebenso soll jede Frau eines Syphilitikers — mag seine Syphilis frisch oder alt, manifest oder latent sein — vom Anfang und während der Schwangerschaft eine spezifische Kur durchmachen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Hautkrankheiten und Sexualität, von Max Marcuse-Berlin. (*Wien. Klinik.* Okt. 1906.) An der Hand eines reichen, mit vielem Fleifse aus der Literatur gesammelten und aus eigenen Beobachtungen stammenden Materials sucht der Verfasser den ätiologischen Zusammenhang zwischen Hautveränderungen und der Sexualität des Menschen zu beweisen. Mit der Bezeichnung „Sexualität" umfafst M. drei verschiedene Gruppen sexuellen Charakters:

I. Das Geschlechtsleben des Menschen — seinen sexuellen Entwicklungsgang (Pubertät, Reife, weibliches Klimakterium usw.);

II. die Erkrankungen der Geschlechtsorgane selbst, mit Ausschlufs der venerischen Infektionen und ihrer Folgezustände;

III. die Geschlechtigkeit an sich, d. h. die durch Zugehörigkeit zu dem einen oder dem anderen Geschlecht bedingte sexuelle Eigenart des Individuums und seiner Organe.

Die Möglichkeiten für die Art und Weise der Wechselwirkungen zwischen Hautanomalie und sexuellem Ereignis können dreifach sein:

I. Die Veränderungen auf der Haut können das primäre Leiden darstellen und sekundär zu dem sexuellen Phänomen führen, z. B. Pemphigus mit Menstruationsstörungen oder Erysipel, das zum Pueralfieber führt;

II. Dermatose und sexueller Vorgang können gemeinsame Folgen einer dritten Ursache sein, z. B. einer Hysterie oder Anämie;

III. die Dermatose kann die direkte oder indirekte Folge der sexuellen Erscheinung sein, neben welcher noch andere Ursachen wirksam sein können, ein Beispiel hierfür sind die vikariierenden menstruellen Dermatosen.

Eine Erklärung, wie die Wechselwirkungen zwischen Hautleiden und Sexualität zu denken sind, auf welchem Wege die Causa movens zum Effekt gelangt, enthalten die Ausführungen des Verfassers nicht; sie ergeben für die ärztliche Praxis als Nutzanwendung, daſs bei Beurteilung einer Hautkrankheit niemals die Beschaffenheit des übrigen Organismus und zwar besonders des Genitalsystems unbeachtet bleiben darf.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur Wertbestimmung des Adrenalins. (*Wiener Med. Presse.* 1905. Nr. 52.) R. Ehrmann benutzte die Pupillenerweiterung durch Adrenalin zur Wertbestimmung desselben, indem er die zu untersuchende Lösung in verschiedenen Stärken auf enukleierte Bulbi einwirken lieſs. Er fand, daſs das Blut der Vena cava beim normalen Tier stets Adrenalin enthält, während das Blut anderer Venen und Arterien frei davon ist. Es wird also andauernd Adrenalin aus den Nebennieren in den Kreislauf ergossen. Versuche mit in die Blutbahn injiziertem Adrenalin ergaben, daſs dieses langsam eliminiert wird. *Putzler-Danzig.*

Über meine Erfahrungen mit Arhovin, von Adolf Erdös-Nagyvarad. (*Disch. med. Presse.* 1906. Nr. 11.) Der Verfasser glaubt, daſs das Arhovin die wichtigsten Eigenschaften und Errungenschaften eines inneren Antiblennorrhoicums darstellt, da es eine groſse Zahl der Fälle ohne lokale Behandlung heilt, Komplikationen behebt und in denjenigen Fällen, welche der lokalen Behandlung nicht entbehren können, den Heilungsprozeſs erheblich erleichtert und den Verlauf der Krankheit damit verkürzt.

Schourp-Danzig.

Die Nebenwirkungen der Balsamica, von H. Vieth-Ludwigshafen und O. Ehrmann-Mannheim. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 29.) Eine Erwiderung auf den Angriff von Boss gegen die Untersuchungen und Beobachtungen über ältere und neuere Balsamica, die Verfasser seinerzeit veröffentlichten. Besonders tadelt Boss die „unberechtigte und unbegründete" Herabsetzung des Gonosan. Verfasser behaupten nach wie vor, daſs das Gonosan häufig Nebenwirkungen mache, während man beim Santyl nie Störungen beobachtete. Die schmerzlindernde Wirkung des Gonosan beruhe auf Sandelölanwesenheit. Auch treten Verff. der Ansicht von Boss entgegen, daſs die Salicylsäure bei Blennorrhoe nicht am Platze sei, als Stützen ihrer Ansicht zitieren sie Finger, Lang, Lesser usw. Die Vermutung, daſs durch Santyl eine Nierenreizung hervorgerufen werden könne, sei unrichtig, denn Santyl ist ein salolähnliches Produkt. dessen abspaltbare Menge von Acid. salicyl. beträchtlich unter der Schädlichkeitsgrenze ür die Nieren liegt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der therapeutische Wert der Chrysophansäure in der Dermatologie, von Charles James Fox. (*Journ. amer. med. assoc.* 1906. Nr. 25.) Fox hält die Chryso-

phansäure für die im Chrysarobin enthaltene wirksame Substanz und berichtet von seinen Erfolgen mit ihrer Anwendung bei Psoriasis vulgaris, Ekzem, Herpes circinat. und Sycosis parasitaria als 10 %ige Salbe oder in folgender Verordnung:

Chrysarobini	10,0
Acid. salicyl.	10,0
Aether.	15,0
Collodii elast.	ad 100,0

Schourp-Danzig.

Über Eusulfinseife und ihre Anwendung bei Hautkrankheiten, von Goliner-Erfurt. (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 27.) Nach G. stellt die Eusulfinseife, welche als einzige Schwefelwasserstoff in dauernd haltbarer Form enthält resp. beim Gebrauche jedesmal in reichlichem Maße abgibt, eine milde Seife mit sehr beachtenswerten, therapeutischen Eigenschaften dar und ist vielleicht das wirksamste Bekämpfungsmittel des Eccema seborrhoicum, vieler Formen von Acne vulgaris und bestimmter Pigmentanomalien. Die Anwendungsweise ist einfach: Nach Entfernung des Paraffinüberzuges reibt man mit Wasser und Schwamm oder Watte die Seife tüchtig ab; damit, nicht mit der Seife direkt, trägt man die Seife auf die Haut auf und zwar ein- bis zweimal täglich. Längeres Verweilen der Seife auf der Haut ist zu vermeiden, um keine Reizung hervorzurufen. Cave gleichzeitige Anwendung von bleihaltigen Mitteln.

Putsler-Danzig.

Antiseptischer Wert des Hetralins im Vergleich mit dem des Urotropins bei infektiösen Prozessen der Harnwege, von Ramón Fernández de Caleya y del Amo. (Inaug.-Dissert. Madrid.) Resümee: Hetralin ist ein gutes Harndesinfiziens, ebenso kräftig wie Urotropin, diesem aber zuweilen überlegen. Hetralin hat den Vorzug, den Organismus nicht zu reizen, soweit wenigstens die vom Verfasser angewandte Dosis in Frage kommt. Die tägliche Minimaldosis ist viermal 0,5 g, kleinere Dosen bringen kaum Erfolg. (Referent hat sich in seiner Conciliarpraxis in einem Falle von hartnäckiger Cystitis bei einer Frau mit Graviditätsnephritis mit bestem Erfolg des Hetralins in einer Dosis von 3 g bedient. Alle anderen Mittel hatten in diesem Falle versagt.) *Fritz Loeb-München.*

Einige Beobachtungen über Hetralin, von Willi Mick. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Verfasser fand das Hetralin-Dioxybenzolurotropin mit einem Gehalt von 60 % Urotropin) in Tagesdosen von ca. 2,5 g bewährt bei nicht blennorrhoischer Infektion der Harnröhre, bei Urogenitaltuberkulose zur Bekämpfung der Sekundärinfektion mit anderen Eitererregern, bei Phosphaturie, harn- und oxalsaurer Diathese, akuter und chronischer Cystitis. Unangenehme Nebenwirkungen wurden auch bei monatelanger Verabreichung des Mittels nicht beobachtet. Der Harn wird bei Personen, die Hetralin nehmen, bald sauer. Zum Nachweis des Formalins fand Verfasser die Lebbinsche Probe fast stets ausreichend. *Fritz Loeb-München.*

Über eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln, von Emil Fischer-Berlin und J. v. Mering-Halle a. S. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 7.) Verfasser haben eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln gefunden, die beim guten therapeutischen Werte frei von den üblen Nebenwirkungen der gewöhnlichen Jodide sind. Es sind die in Wasser unlöslichen Salze der hochmolekularen Monojodfettsäuren mit Calcium, Strontium oder Magnesium. Am leichtesten von ihnen im reinen Zustande zu bereiten ist das Calciumsalz der Monojodbehensäure, die aus der Erucasäure des Rüböls durch Ablagerung von Jodwasserstoff entsteht. Dieses monojodbehensaure Calcium nannten Verfasser „Sajodin" und haben damit Tierexperimente und Versuche an Patienten gemacht, auf Grund welcher sie das Präparat als Ersatz für Jodkaliummedikation wegen der Geschmacklosigkeit und der geringen Gefahr des Jodismus zur Prüfung bei tertiärer

Lues, arteriosklerotischer Gefäfserkrankung und asthmatischen Beschwerden empfehlen. Die Dosen, mit denen Verfasser völlig auskamen, schwankten zwischen 1—8 g pro die; sie sind also ungefähr ebenso grofs, wie die von Jodkalium, das dreimal so viel Jod enthält als das Sajodin. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Praktische Erfahrungen mit Sajodin, von KURT ROSCHER. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 7.) Kurze Mitteilung über die in der Berliner dermatologischen Universitätsklinik mit Sajodin behandelten Fälle. Aus dem Erfolg der Behandlung der 40 Fälle — 39 Fälle von Syphilis und einen Fall von Arteriosklerose — läfst sich über das neue Jodpräparat folgendes vorläufige Urteil ziehen:

1. Sajodin wird — auch in Fällen bestehender Jodidiosynkrasie — gut vertragen und von den Patienten gern genommen.

2. Im allgemeinen wirkt es prompt und steht, trotz des geringeren Jodgehalts, in derselben Dosis, wie Jodkalium gegeben, diesem ungefähr gleich (nur in einem Falle hat es ganz versagt). *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über das Sajodin, von LUBLINSKI-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1906. Nr. 6.) Das Sajodin kommt den übrigen Jodpräparaten trotz des geringeren Jodgehalts an Wirksamkeit gleich, es wird gut vertragen, schädigt den Magen nicht und zeigt keine unangenehme Nebenerscheinungen. Man gibt 3—5 g täglich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Sajodin, ein neues Jodpräparat, von KAZIMIERZ HABICHT. (*Przeglad lekarski.* 1906. Nr. 14.) Kurzer Bericht über acht Fälle, die auf der Abteilung von Professor PARENSKI in Krakau mit Sajodin vom Verfasser mit bestem Erfolge behandelt wurden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Verwendung des Jothion, von MAX BERLINER-Breslau. (*Therap. Monatsh.* 1906. Nr. 9.) Das Jothion bewährte sich bei Ekzemen des Naseneingangs.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Jodopyrin, seine Wirkung und Anwendungsweise, von PAUL HAHN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Seiner chemischen Konstitution nach ist Jodopyrin ein Jodphenyldimethylpyrazolon. Die chemische Formel ist: $C_{11}H_{11}JN_2O$. Nach HAHN ergeben sich für seine Anwendung in der Syphilidologie und Dermatologie folgende Indikationen und Anwendungsformen:

1. Bei Knochen- und Kopfschmerzen in den verschiedenen Stadien der Lues, besonders bei Tertiärerkrankungen innerlich als Pulver zu 0,5—1,0 g.

2. Bei Ulcus durum und tertiärem, gummösem Geschwür an Stelle des Jodoforms äufserlich als Streupulver.

3. Bei Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica als 10—20 %iges Jodopyrin-Lanolin.

4. Bei Ulcus molle gelegentlich, besonders bei grofser Schmerzhaftigkeit, als Streupulver.

5. Bei Psoriasis vulgaris in leichten Fällen, besonders im Gesicht und bei starkem Juckreiz, wo Chrysarobin und ähnliche Präparate kontraindiziert sind, als 10—20 %iges Jodopyrin-Lanolin.

6. Bei chronischen, inveterierten, trockenen Ekzemen als 10—20 %iges Jodopyrin-Lanolin.

7. Bei Zosteraffektionen als 10—20 %iges Jodopyrin-Lanolin.

8. Bei Sklerodermа innerlich als Pulver und zugleich äufserlich in Salbenform.

9. Bei Hämorrhoiden in Form einer 10 %igen Salbe mit Unguentum leniens.

Fritz Loeb-München.

Weitere Erfahrungen mit dem Lenicet, insbesondere dem 10%igen Lenicet-Vaselin, von DIETRICH AMENDE-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Die

von Lengefeld mitgeteilten günstigen Erfahrungen kann A. auf Grund weiterer Beobachtungen bestätigen. In Fällen unkomplizierter Hyperidrosis führte das mehrmals am Tage vorgenommene energische Einreiben an den befallenen Hautstellen und Einstreuen des reinen Lenicet an die anliegenden Kleidungsstücke am schnellsten zum Ziel. Wenn bereits stärkere Mazeration und Entzündung eingetreten waren, so verursachte auch das 50%ige Einstreupulver gelegentlich Brennen; A. empfiehlt in solchen Fällen mit dem 20%igen Pulver das Einstreuen zu beginnen.

Ferner konnte A. konstatieren, dafs die Wirkung der feuchten Liqu. Alum. acetic.-Umschläge durch vorheriges dünnes Aufstreuen des puren oder 50%igen Lenicets entschieden verstärkt werden konnte.

Ferner ging aus A.s Beobachtungen hervor, dafs das 10%ige Lenicet-Vaselin besser vertragen wurde als das 10%ige gelbe Borvaselin.

Das eigentliche Wirkungsfeld der Salbe sind die trockenen Ekzemformen, mag es sich um leichte seborrhoische Zustände, das squamöse Ausgangsstadium typisch ablaufender Ekzeme, erythematöse, nicht zur Bläschenbildung neigende Hautalterationen oder mehr artifizielle Entzündungszustände handeln.

Arthur Rahn-Berlin.

Über Phenyform, ein neues antiseptisches Streupulver, von Adolf Schuftan-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1906. Nr. 9.) Verfasser wandte das Phenyform in einer Reihe von Fällen mit Erfolg an, es wirkte gut austrocknend, zeigte sich stets reizlos, erzeugte niemals Ekzem oder Vergiftungserscheinungen und rief vor allem eine Granulation der Wundflächen hervor, wie kein anderes Streupulver.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Quecksilber als Heilmittel, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. (*Flugschrift d. Deutsch. Ges. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten.* Leipzig 1906. Johann Ambrosius Barth.) Unter Anführung der einschlägigen Literatur gibt der Verfasser einen geschichtlichen Überblick über die Verwendung des Quecksilbers bei Syphilis. Er zeigt, dafs es alle Umwälzungen der Medizin im Laufe der Jahrhunderte überdauert hat und dafs es bis jetzt noch nicht gelungen ist, es durch andere Medikamente und Heilmethoden zu ersetzen, dafs es, in richtiger Form gegeben, ein mächtig wirkendes Heilmittel ist, dessen ungünstige Nebenwirkungen vermeidbar sind. Auch von naturheilkundiger Seite wird die Ohnmacht der quecksilberfreien Behandlung der Syphilis zugegeben.

Da die Schrift für Laien berechnet ist, wäre vielleicht noch ein speziellerer, zahlenmäfsiger Hinweis auf die geringe Menge Quecksilber, welche bei einer ärztlich verordneten und geleiteten Kur dem Körper einverleibt wird, empfehlenswert gewesen. Denn der Laie hat über die zugeführte Quantität eine ganz falsche Vorstellung, in der er von den Schriftstellern des Kurfuschertums unterstützt wird. — Auch hätte der Verfasser noch an Bokcks Versuch erinnern können, nach welchem ein Tropfen frischen syphilitischen Eiters durch Zusatz von einem Tropfen einpromilliger Sublimatlösung seine Ansteckungsfähigkeit verliert.

Schourp-Danzig.

Über die feine Lokalisation des Quecksilbers im Organismus, von Conti und Zuccola. (*Rif. med.* 1906. Nr. 10 u. 11.) In welcher Weise auch das Quecksilber in den Organismus eingeführt wird, wird es von den weifsen Blutkörperchen aufgenommen und nach den verschiedenen Körpergegenden transportiert. Die Leber, die Milz und die Nieren sind die Organe, welche die gröfsten Mengen der Substanz aufspeichern. In den anderen Organen (Speicheldrüsen, Pankreas, Schilddrüse, Thymus, Hoden usw.) ist die Hg-Ablagerung keine konstante und findet sie nur in Fällen von akuter Intoxikation statt, wenn nämlich der Organismus mit Hg gesättigt und die ersterwähnten Organe keine ferneren Ablagerungen aufnehmen können. In den Zellen

selbst ist es wieder der Kern, wo sich das Hg mit Vorliebe ablagert, weshalb die Ansicht, dafs sich das Hg im Körper in Gestalt eines Nukleates vorfindet, sicher viel für sich hat. Die Haupteliminationswege sind der Darm, die Nieren, die Lungen; der Speichel spielt hierbei nur eine sekundäre Rolle. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zum Studium der Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus, von Ch. A. Davidescu. (Inaug.-Dissert. Bukarest 1906.) Die interessante und umfangreiche Arbeit des Verfassers gibt eine ziemlich erschöpfende Untersuchung dieser Frage und viele wichtige Fingerzeige für die Praxis. Vor allem wurde festgestellt, dafs die Ausscheidung des Quecksilbers, je nach der angewendeten Behandlungsart eine verschiedene sei; von den vier Absorptionswegen: Lunge, Haut, Verdauungsapparat und intramuskuläres Zellgewebe, ist letzteres der für die therapeutische Applikation sicherste.

Was die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn anbetrifft, so wurde gefunden, dafs nach Verabreichung von Pillen mit Hydrargyr. tannicum das Quecksilber erst nach 4 Tagen im Harne nachzuweisen war, während nach Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze dies bereits nach 6—8 Stunden der Fall war, auch nach intramuskulären Injektionen unlöslicher Salze, wie Kalomel oder graues Öl, konnte der Anfang der Ausscheidung durch die Nieren nach 6—8 Stunden nachgewiesen werden. Nach Einreibungen wurde Quecksilber zwar schon nach 2 Stunden ausgeschieden, doch glaubt D., dafs es sich hier um Resorption auf pulmonalem Wege handle.

Bezüglich der Ausscheidungsdauer konnte der Verfasser feststellen, dafs nach 0,08 Sublimat in intramuskulärer Einspritzung die Elimination nach 44 Tagen beendet war; nach 0,06 Kalomel dauerte dieselbe 62 Tage. Nach einer Serie von 10 Hermophenylinjektionen dauerte die Eliminierung 38 Tage, während nach 11 Einspritzungen von je 0,02 Sublimat, das Hg noch nach zwei Monaten im Harne nachweisbar war. Eine ebenso lange Ausscheidung wurde nach sechs Einspritzungen von 0,06 Kalomel beobachtet. Nach einer Einreibung von 4 g Ungt. cinereum dauerte die Ausscheidung in dem einen Falle 13 Tage und in dem anderen 15 Tage.

Eine wichtige Tatsache konnte D. durch seine Untersuchungen feststellen, nämlich die Regelmäfsigkeit in der Ausscheidung, welche keinerlei Sprünge und Pausen macht, wie dies von manchen behauptet wurde.

In praktischer Beziehung ist also die Untersuchung des Harnes auf Quecksilber immer anzuraten, falls eine antisyphilitische Kur gemacht wird, namentlich dann, wenn die Heilung nicht fortschreitet.

D. konnte auch die Ausscheidung des Quecksilbers durch das Menstrualblut feststellen, auf welchem Wege der weibliche Organismus noch viel mehr Hg ausscheidet, als durch die Nieren. *E. Toff-Brasla.*

Über schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen, von G. Hirsch-Halberstadt. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 9.) Verfasser empfiehlt zu schmerzlosen subcutanen Quecksilberinjektionen das von der chemischen Fabrik von Heyden (durch ein besonderes Verfahren) hergestellte Präparat, welches 1% Hydrargyrum oxycyanatum und 0,5% Acoin in wässeriger Lösung enthält. Verfasser hat mit diesem Mittel etwa 20 Fälle von Lues behandelt und ist zur Überzeugung gekommen, dafs durch die Injektion desselben keine oder mindestens keine nennenswerte Schmerzempfindung erzeugt wird und die Injektionsstelle auch während der folgenden Tage völlig schmerz- und reizlos bleibt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein neuer Apparat für Quecksilberfumigationen, von Daccò. (*Il Morgagni.* 1906. Nr. 6.) Derselbe besteht in einem aufrechtstehenden, oktogonalen Kasten mit bequemem Sessel. Die innere Seite der Wandungen sind mit einer Menge elektrischer

Lampen versehen, so dafs der Apparat gleichzeitig auch zur Phototherapie dienen kann. Auf einem Schemel vor dem drehbaren Sessel liegt ein elektrisches Lämpchen zur Entwicklung der Quecksilberdämpfe. Ferner ist die Kammer heizbar und mit einer elektrischen Klingel versehen, so dafs der Patient gegebenen Falles alarmieren kann. Die Quecksilberdämpfe werden mit Zinnober erzeugt. *C. Müller-Genf.*

Die lokale anästhesierende Wirkung von Stovain, von D. McKenzie-London. (*Brit. med. Journ.* 12. Mai 1906.) Verfasser hat das bei der Urogenitalchirurgie schon verschiedentlich empfohlene Stovain bei Nasenoperationen verwendet und empfiehlt es im Verein mit Adrenalin als dem Kokain durch seine Ungiftigkeit im allgemeinen und durch energische Wirkung überlegen. Zugleich aber erwähnt er einen Fall, bei welchem durch das Liegenbleiben eines mit 10%iger Lösung getränkten Tampons 40 Minuten hindurch eine oberflächliche Nekrose der Schleimhaut entstand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Idiosynkrasie der Haut gegen Sublimat, von R. Bellantoni-New York. (*Lancet.* 30. Juni 1906.) Ein italienisches Mädchen erhielt nach Inzision eines Abscesses der Achselhöhle einen Verband in Form einer mit Quecksilberchloridlösung 1:1000 angefeuchteten Kompresse. Am nächsten Morgen waren die so behandelte Hautstelle und die weitere Umgebung derselben stark gerötet und mit kleinen Eiterbläschen besetzt. Heilung nach einigen Tagen. Patientin gibt an, vor einigen Jahren in ähnlicher Weise durch Sublimat affiziert worden zu sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur externen Behandlung Hautkranker, von Michael Steiner-Altenburg i. S. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 11.) Verfasser betont den grofsen Wert der physikalisch-diätetischen Mafsnahmen bei der Behandlung der Hautkrankheiten und berichtet dann über seine Erfolge mit Teerdermasan bei Ekzemen, Pityriasis, Prurigo, Pemphigus, Krätze. Einzelne Krankengeschichten illustrieren die günstige Wirkung dieses Teermittels. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Thigenol in der Therapie der Hautkrankheiten und der Blennorrhoe, von A. Arman-Pisa. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1906. Nr. 9.) A. hat das Thigenol in 42 Fällen zur Anwendung gebracht, darunter in 31 dermatologischen und in 11 Fällen von Blennorrhoe, 7 bei Frauen und 4 bei Männern. Unter den ersteren befanden sich 10 seborrhoische Ekzeme, 2 Fälle von Pityriasis capillitii, 5 chronische infiltrierte Ekzeme, 6 Fälle von Scabies, 2 von chronischer Prurigo, 1 Pruritus vulvae, 2 Fälle von Lichen Wilson, 1 Psoriasis vulgaris, 2 Fälle von Acne rosacea. Auch Komedonen wurden mit Thigenol in Form von Thigenolseife behandelt. In allen Fällen wurde, wenn nicht Heilung, so doch wesentliche Besserung erzielt. A. hebt als Vorzüge des Mittels hervor: seine aufserordentliche Löslichkeit, seine Geruchlosigkeit, ferner den Umstand, dafs es sehr gut vertragen wird, die Wäsche nicht fleckt und endlich schmerz- und juckstillend wirkt. Bezüglich der Blennorrhoe sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. *Putzler-Danzig.*

Über Zinkonal, von Arth. Jordan-Moskau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 20.) Das von Siegle & Co. in Stuttgart hergestellte Zinkonal ist ein schneeweifses, fein verteiltes, geruchloses Pulver, welches dem Amylum ähnlich sieht und

53 % *Zinksuperoxyd*
8,76 % *aktiven Sauerstoff*
23,94 % *Zinkoxyd*
3,42 % *Kohlensäure*
15,19 % *Wasser*

enthält. Verfasser hat Versuche damit angestellt und gefunden, dafs es sich bei Ekzem und Pemphigus nicht bewährte, im Gegenteil verschlimmernd wirkte, während

es bei Impetigo contagiosa und einem Ulcus cruris günstig zu wirken schien. Mittelschwere Ulcera mollia verheilten unter Zinkonal in Kombination mit Jodtinkturpinselungen, ebenso gingen syphilitische Papeln resp. ein gummöses Geschwür bei gleichzeitiger allgemeiner Kur (!) zurück. Mitunter ruft es Jucken hervor.

Putzler-Danzig.

Angioneurosen.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter, von Anselm Lehle. (Inaug.-Dissert. München 1906.) Der mitgeteilte Fall betrifft ein in der Münchener Frauenklinik geborenes Kind und ist bemerkenswert einmal wegen der aufserordentlichen Seltenheit der Raynaudschen Krankheit in einem so frühen Lebensabschnitt, dann auch deshalb, weil die Mutter, ein 20jähriges Mädchen, niemals krank gewesen ist, niemals luetisch war und weder mit Konstitutions- noch mit Nervenkrankheiten belastet war. Im Anschlufs an die Besprechung dieses Falles erörtert Verfasser an der Hand von Literaturangaben das Wesen der Raynaudschen Krankheit.

Das betreffende Kind erlag einer Pneumonie. Verfasser hält es für sicher, dafs es sich um eine Schluckpneumonie handelte, die durch Aspiration nekrotischen Gewebes entstanden war. Das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichnis ist sehr dürftig und hätte sich leicht bedeutend erweitern lassen. *Fritz Loeb-München.*

Pathologische Assoziationen bei Raynaudscher Krankheit, von Valentin Calonne. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 200.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von H. Morgenbesser-New York. (*New York med. Journ.* 22. Sept. 1906.) Bei dem fünfjährigen Mädchen begann die Affektion mit Erbrechen, nach zwei Tagen trat Schwellung an der Stirne, dann an beiden Augenlidern, schliefslich am linken Ohr auf, welch letzteres das Doppelte der normalen Gröfse annahm. Dieser Zustand hielt fünf Tage an, als die Schwellung an allen Stellen abnahm und nach drei Tagen verschwunden war. Die Behandlung bestand in Milchdiät, Applikation heifser Kompressen auf die affizierten Stellen und innerlich Calomel (stündlich 0,03). *Stern-München.*

Über einen Fall wechselseitigen Auftretens von angioneurotischem Ödem und Migräne, von Richard Otto-Dorpat. (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Mitteilung eines Falles von alternierendem Auftreten zwischen Migräneanfällen und Quinckeschem Ödem bei einer 24jährigen Patientin, welche von ihrem 20. Jahre ab an Chlorose verbunden mit allgemeiner Körperschwellung gelitten hatte. Nach Beseitigung der Chlorose heiratete Patientin und machte zwei Geburten durch. Nach der ersten, welche ein 7½ Pfund schweres Kind zutage förderte und glatt und gut verlief, setzten Migräneanfälle ein, die fünf Jahre bis zum Eintritt der zweiten Gravidität andauerten. Gegen Ende dieser Schwangerschaft zeigten sich Schwellungen vom Charakter nicht übermäfsiger Stauungsödeme an den unteren Extremitäten, die nicht allein von der Gröfse des Kindes abhängig waren — es wog 12½ Pfund — sondern auch wegen des nicht unbedeutenden Blutverlustes während des Partus und des Wochenbetts noch einige Zeit fortbestanden. Jetzt kehrten auch die Migräneanfälle wieder, jedoch bildete sich nun ein festes Alternativverhältnis zwischen diesen Anfällen und den Ödemen heraus, so zwar, dafs es zu Zeiten häufiger und hartnäckiger Migräne regelmäfsig an jeder Schwellung fehlte und umgekehrt. Dabei handelte es sich nicht um universelle, auf fehlerhafter Blutmischung beruhende Schwellung oder ein Stauungsödem, sondern um Schwellungen ephemerer Natur, die nach Art der Quinckeschen Ödeme früh morgens entstanden, um nach Verlauf von 5—6 Stunden zu verschwinden. Befallen war jetzt hauptsächlich der Oberkörper und das Gesicht, dabei traten häufig

einzelne verstreute Urticariaquaddeln, namentlich im Beginn der Schwellung auf. In den letzten vier Jahren sind die Migräneanfälle seltener geworden, während die Schwellungen durch ein neues ursächliches Moment, Hämorrhoidalblutungen von sechsjähriger Dauer und eine dadurch entstandene hydraemische Beschaffenheit des Blutes einen universellen Charakter angenommen haben. Ob eine sehr spät vorgenommene Operation völlige Restitution zu schaffen vermag, ist fraglich. Therapeutisch schien Salol von günstigem, Eisen und Arsen von unbedeutendem Einfluſs zu sein, Digitalis versagte völlig. *Putzler-Danzig.*

Angioneurotisches Ödem, von W. H. Lowman - Coventry. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1906.) Bericht über zwei Fälle, Nr. I bei einer 35-jährigen Frau mit zwei Attacken, Nr. II bei einem 55jährigen Manne mit mehreren Rezidiven. Bei beiden scheint das nervöse Element eine Rolle gespielt zu haben. Therapie blieb wirkungslos. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ichthyol zur Behandlung von angioneurotischem Ödem, von F. C. Forster-Bournemouth. (*Brit. med. Journ.* 28. April 1906.) Im Anschluſs an obigen Bericht schildert F. einen Fall bei einer 37jährigen unverheirateten Dame, welche Ichthyol (0,2) in Pillenform anfangs dreimal, dann zweimal und schlieſslich einmal täglich während mehrerer Monate mit gutem Erfolge nahm. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von C. A. P. Truman-Reading. (*Lancet.* 2. Juni 1906.) Ein gesunder Mann ohne neurotische Anlagen erwachte Nachts mit starker Schwellung der Zunge. Im Laufe von 8 Stunden verging die Störung fast ganz wieder; 48 Stunden später schwoll in ähnlicher Weise die Oberlippe an, nachher die Unterlippe. Dann folgte der Oesophagus und wohl auch der Magen (Schlingbeschwerden, Übelkeit) ferner das Augenlid, und schlieſslich wiederholten sich die Attacken an den genannten Teilen. Am meisten Nutzen schien Chininsalicylat zu gewähren. Es bestand zeitweilig ziemlich hohes Fieber. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von akutem umschriebenen Ödem bei Tabes dorsalis, von Kürbitz - Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Bei einer 48jährigen Frau, die seit mehreren Jahren an Tabes und einem leichten, chronischen, überaus hartnäckigem Ekzem der Hände litt, trat, begleitet von heftigen Kopfschmerzen und starker Pulsbeschleunigung, eine umschriebene ödematöse Schwellung im Gesicht auf. Däs Ödem hielt drei Tage an, während dieser Zeit war die Kranke vollständig appetitlos und muſste mehrmals erbrechen. Fieber war nicht vorhanden, dagegen war die Temperatur an den erkrankten Stellen $^{7}/_{10}$ bis $^{9}/_{10}°$ höher als an gesunden Partien des Gesichtes. An den ekzematösen Händen zeigten sich gleichzeitig mit dem Ödem mehrere stark juckende Bläschen, die mit jenem auch wieder verschwanden. Ähnliche Schwellungen im Gesicht sollen in den letzten drei bis vier Jahren wiederholt dagewesen sein. Es handelte sich um ein akutes umschriebenes Odem, das zweifellos mit der bestehenden Tabes in ursächlichem Zusammenhang stand; wahrscheinlich war auch das Ekzem von dem Rückenmarksleiden abhängig. *Götz-München.*

Ein Fall von traumatischem Ödem, von F. Köhler-Holsterhausen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 25.) Ein 21jähriger, tuberkulöser, ruhig veranlagter Mann schlug bei einem Falle mit dem zweiten Finger der rechten Hand heftig gegen eine Tischkante, ohne sich Haut oder Knochen zu verletzen. Nach wenigen Stunden schwollen die rechte Hand und der ganze rechte Vorderarm stark an, es entstand eine ausgesprochene Cyanose der Haut mit einzelnen inselförmigen hellroten Stellen. Die Beweglichkeit war infolge der Schwellung stark eingeschränkt, Druck verursachte überall Schmerzen; dabei bestand im ganzen Bereiche der Erkrankung Anästhesie, die Temperatur des Armes war herabgesetzt. Behandlung mit Massage, Elektrizität,

hydrotherapeutischen Maßnahmen und Einreibungen mit Jodvasogen vermochten den Zustand während einer sechswöchentlichen Beobachtungszeit nur wenig zu bessern. Der Patient hatte vier Jahre früher einen Hieb über die linke Kopfseite erhalten und war infolgedessen zwei Tage bewußtlos gewesen; weitere Folgen waren nicht eingetreten; trotzdem hält K. es für möglich, daß das traumatische Ödem mit jener Verletzung irgendwie im Zusammenhang stand.

Die Entstehung von Ödemen nach Extremitätenverletzungen auch ohne Kontinuitätstrennung der Haut ist bisher nur selten beobachtet worden. Über die eigentliche Natur der Erscheinung herrscht noch keine Klarheit; K. glaubt, daß sie weniger auf eine etwaige Neurasthenie des Patienten, als auf den momentanen psychischen Schreck zurückzuführen ist. Die mehrfach konstatierten hellroten Inseln inmitten der cyanotisch verfärbten Partie bei traumatischen Ödemen beweisen, daß der Gefäßtonus nicht durchaus gelähmt, sondern stellenweise sogar gesteigert ist. Eine Behandlung, wie sie in dem mitgeteilten Falle angewandt wurde, verspricht wenig Erfolg; mehr erwartet K. von rein suggestiver Behandlung. *Götz-München.*

Über Hydrops toxicus, von H. Quincke-Kiel. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 40.) In einem Falle ziemlich hochgradiger perniciöser Anämie unklaren Ursprungs entwickelte sich, unter Gewichtzunahme von 9 kg, ein allgemeiner Hydrops bei ungestörtem Allgemeinbefinden und fortschreitender Besserung der Blutbeschaffenheit und Ernährung. Das Ansteigen und Abklingen des Hydrops dauert über zwei Wochen; in der dritten Woche stellt sich eine allgemeine Abschuppung der Epidermis ein. Qu. spricht dann über die allgemeinen Entstehungsbedingungen der Wassersucht und teilt ein in Hydrops mechanicus, Hydrops neuroticus, Hydrops toxicus. Für die Entstehung der arzneilichen wie der toxischen lokalen Ödeme gibt es zwei Möglichkeiten: 1. durch örtliche Wirkung des Giftes auf die Gefäßwandungen oder auf das Gewebe selbst, oder auf beide; 2. durch Giftwirkungen auf die Nerven des betreffenden Gebietes (zentral oder im Verlauf). Dies können sein: a) Gefäßnerven, und zwar solche, die nicht nur die Weite, sondern auch die Wanddurchlässigkeit beeinflussen (trophische Gefäßnerven; b) (trophische) Nerven, welche auf das Gewebe selbst wirken; c) beide. Den beschriebenen Fall von Hydrops würde Qu. als toxischen Hydrops ansprechen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Arzneiexantheme, von A. Pardo Regidor. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias med.* Aug. 1906.) Eine Beschreibung der bekanntesten medikamentösen Hautausschläge (Jod, Quecksilber, Arsenik). Bringt nichts Neues.

C. Müller-Genf.

Histobakteriologische Untersuchungen und klinische Betrachtungen über einen Fall von infektiöser Toxidermitis, von Galletta (*Rif. med.* Nr. 31. 1906.) Der Fall betrifft einen 53jährigen Mann, der ziemlich häufigen Anfällen von Tonsillitis unterworfen war. Nach einem solchen Anfalle trat eine über den ganzen Körper sich nach und nach ausbreitende Eruption vom Typus des polymorphen exsudativen Erythems mit Gelenkschwellungen auf. Im Blute wurde der Staphylokokkus pyogenes albus nachgewiesen. Der Verfasser nimmt an, daß die entzündeten Tonsillen die Eingangspforte des Pilzes gewesen sind. *C. Müller-Genf.*

Über Eruptionen nach Injektionen von Diphtherieserum, von Georges Clavel. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 291.) *Fritz Loeb-München.*

Exantheme nach Seruminjektionen, von G. Théodoroff. (*Thèse de Lausanne.* 1905.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von akutem Bromexanthem bei Morbus Basedowii, von Uhlich-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Eine Patientin mit ausgesprochener Basedowscher Krankheit bekam unter anderen Sandows brausendes

Bromsalz. Sofort zeigte sich akutes Bromexanthem, welches Verfasser eingehend beschreibt und durch Abbildungen erläutert. Der Ausschlag heilte nach Aussetzen des Broms bald ab, der Juckreiz verschwand allmählich, es blieben aber lebhaft rote Flecken zurück, die später langsam abblafsten und bräunliche Pigmentierungen zurückliefsen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Giftwirkung einiger Stämme von Aspergillus fumigatus und Penicillium glaucum nebst einigen Bemerkungen über Pellagra, von M. Otto-Freiburg i. Br. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 59. Band. 2.—4. Heft.) Bei den vom Verfasser angestellten Versuchen gelang es, giftige Fähigkeiten bei zwei Arten von Schimmelpilzen nachzuweisen, bei Aspergillus fumigatus und Penicillium glaucum. Vom Aspergillus fumigatus waren es zwei Stämme italienischer Provenienz, aus denen mit Alkohol in der Hitze und der Kälte Substanzen extrahiert werden konnten, die im Tierversuch schädliche Wirkungen entfalteten. Dagegen versagten alle untersuchten fünf einheimischen Stämme der erwähnten Aspergillusart und erwiesen sich als ungiftig. Ebenso gelang es nicht bei den mit einheimischen Kulturen hergestellten Extrakten die erregenden Wirkungen gewisser italienischer Penicilliumarten nachzuweisen. Dafs gerade die aus Pellagragegenden stammenden Aspergillen und Penicilien besonders heftige Gifte produzieren, macht einen Zusammenhang zwischen ihnen und der Pellagra wahrscheinlich. *Schourp-Dansig.*

Beitrag zum Stoffwechsel der Pellagrösen, von V. L. Camurri (*Rivista medica.* Mai 1906.) Der Verfasser hat den Gehalt des Urins und der Fäces an Stickstoff (Harnsäure, Ammoniak, Harnstoff usw.) bei vier Kategorien von Individuen untersucht, nämlich bei gesunden bei gemischter und bei vorherrschender Maiskost, ferner bei früheren Pellagrapatienten und bei Pellagrösen in der Aktivperiode der Affektion; beide Kategorien unter denselben Verhältnissen wie die erste.

C. Müller-Genf.

Der hochfrequente Strom bei Erythema papulatum, von A. Gregor-Penryn. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1906.) Eine 23jährige anämische Frau akquirierte zwei Jahre vor der Aufnahme akuten Gelenkrheumatismus und bald nachher einen Ausschlag an den Armen und dem Gesicht, der seitdem bestehen geblieben ist. Die Läsionen präsentieren sich als erhabene Papeln von Hirsekorn- bis etwa Hanfkorngröfse, blafsrot bis bläulichrot, ohne reguläre Anordnung und zum Teil mit Bläschen besetzt. Es wurde gegeben: Natrium salicylicum, Jodkalium, Eisen, Arsenik und Calciumsulphid bei äufserlicher Behandlung mit Schwefel, Blei, Ichthyol und ungt. hydrarg. nit. Nach halbjähriger erfolgloser Behandlung wurde der hochfrequente Strom appliziert. Nach 2½ Monaten mit 36 Sitzungen (300 M. A.) war wesentliche Besserung zu konstatieren, und als nach einer Pause noch 12 Sitzungen gegeben wurden, war der Befund in jeder Hinsicht ein normaler. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Angina und Erythem, von W. Lublinski-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 19.) Verfasser schildert den Verlauf verschiedener Erytheme. Das Erythema exsudativum multiforme ist von dem Erythema nodosum zu trennen; sie seien wohl verwandt miteinander, aber nicht identisch. Ferner unterscheidet Verfasser ein Erythema infectiosum, eine akute, exanthematische Infektionskrankheit, die, analog den Röteln, den Masern und dem Scharlach, hauptsächlich das Kindesalter befällt. Die dritte und schwerste Form der Erytheme gehört zu den septikämischen Erkrankungen. Sie hat nun recht oft eine Streptokokkenangina als Ausgangspunkt für das septische Exanthem, die folgende Allgemeinerkrankung und die eventuellen Komplikationen; sie kann aber auch von anderen Körperstellen ausgehen. Je nach dem die oberflächlichen oder die tiefen Hautvenen die verschleppten Keime aufnehmen, entsteht ein multiformes oder nodöses Erythem; werden sowohl die oberflächlichen

als die tiefen Venen befallen, so werden beide Formen hervorgerufen. Es empfiehlt sich aber den Namen, welchen die reinen Dermatosen tragen, auf diese Erytheme nicht zu übertragen, sondern sie als septische oder metastatische zu bezeichnen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Durch Chinin hervorgerufene fixe, pigmentierte, erythematös-blasige Eruption, von G. Joanitzescu und Pop-Avramescu-Bukarest. (*Spitalul.* Nr. 11. 1906.) Obiges, sehr seltenes Chininexanthem wurden von den Verfassern bei einem 46jährigen Epileptiker, immer nach Einnahme von 1 g Chininum sulfuricum beobachtet. Die Erscheinung war ähnlich wie die von Brocq nach Antipyrineinnahme beschriebene, doch war bei dem betreffenden Kranken durch Antipyrin nichts zu erzielen, obwohl auf Chinin prompt das Exanthem auftrat. Flecken und Blasen traten immer an denselben Stellen auf, wobei bemerkt wurde, dafs der infolge einer Hirnoperation gelähmte rechte Arm, von den Effloreszenzen immer verschont blieb. Die Wiederholung der Eruption an den schon einmal befallenen Stellen wäre durch eine verminderte Resistenz der schon einmal erkrankten Teile zu erklären. *E. Toff-Brasla.*

Das Exanthem bei Meningitis cerebrospinalis, von A. K. Chalmers-Glasgow. (*Brit. med. journ.* 7. Juli 1906.) Im allgemeinen stimmt die früher gegebene Beschreibung, dafs man hierbei nur einige wenige Flecke von petechialer Beschaffenheit und mit unregelmäfsiger Verteilung findet; Verfasser hat aber erst kürzlich noch bei einem sieben Monate alten Kinde mit Genickstarre ein Exanthem gesehen, das von demjenigen des Typhus exanthematicus nicht zu unterscheiden gewesen wäre. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Ausschlag bei Meningitis cerebrospinalis, von W. Wright - Glasgow. (*Lancet.* 15. Sept. 1906.) Bei zwei Kindern fand sich am Dorsum der Füfse ohne sonstige Beteiligung der Haut ein ausgesprochen purpuraartiger Ausschlag, während bei einem dritten kurz vorm Tode Gruppen von stecknadelkopfgrofsen hämorrhagischen Punkten an verschiedenen Stellen des Körpers hervortraten. Bei einem anderen Falle werden blafsblaue Flecke erwähnt (Verfasser sagt nicht, ob er die bekannten Tâches bleuâtres von Trousseau meint) und aufserdem linsengrofse braune und bläuliche, entschieden hämorrhagische Flecke an verschiedenen Körperteilen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pemphigoides Erythem merkuriellen Ursprungs, von Lévy Franckel. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 21.) Bei einem 28jährigen Potator, der vor etwa neun Monaten syphilitisch infiziert worden war und durch lange fortgesetzten Gebrauch von Quecksilberpillen eine heftige Stomatitis bekommen hatte, trat acht Tage nach einer durch Filzläuse notwendig gewordenen Einreibung von Quecksilbersalbe ein stark juckendes, pemphigoides Erythem am Skrotum und an der Leistengegend auf. Während hier die Blasen zu dicken gelblichen oder schwarzen Krusten eintrockneten, entstanden neue an den Oberschenkeln, auf der rechten Achsel, auf den Lippen, den gerötetes Konjunktiven und an den Fingern. Der Kranke magerte während der sechswöchentlichen Dauer des Exanthems ab, die Temperatur schwankte zwischen 37° am Morgen und 39,5° am Abend. Die Urinmenge war lange Zeit sehr gering, stieg aber allmählich auf 1200 ccm; Quecksilber konnte im Harn nicht nachgewiesen werden. Im Blaseninhalt fanden sich in kurzen Ketten angeordnete Kokken, die Untersuchung auf Spirochaeta pallida ergab ein negatives Resultat. Nach sechswöchentlicher Krankheit konnte der Mann geheilt entlassen werden. — Der Verfasser glaubt nicht, dafs das Exanthem syphilitischen Ursprungs war; aller Wahrscheinlichkeit nach war es durch das eingeriebene Quecksilber verursacht. Diese Hg-Wirkung wird dadurch erklärlich, dafs es sich um einen Trinker handelte, bei dem die Leber nur mangelhaft funktionierte. *Götz-München.*

Über Allgemeininfektionen durch den Bacillus pyocyaneus, von Eugen Fränkel. (*Virchows Archiv.* Bd. ?) F. hatte Gelegenheit vier Fälle von, durch den Bacillus pyocyaneus bedingten, Allgemeinerkrankungen (bei Kindern im Alter bis zu drei Monaten) zu beobachten und bespricht im Anschluſs an dieselben aufs Eingehendste diese von Kossel, Wassermann u. a. durch einwandfreie Fälle belegte Frage von den hochgradig pathogenen Eigenschaften des Bacillus pyocyaneus, die sich besonders durch septische Nabelinfektionen äuſsert. Ein wertvolles Symptom der Allgemeininfektion durch diesen Bacillus sieht Fränkel in eigentümlichen Hautaffektionen, die teils als hämorrhagisches oder pustulös-hämorrhagisches Exanthem, teils mehr in Form hämorrhagischer Infiltrationen verlaufen und worauf auch schon Krannhals hingewiesen hat. Andererseits dürfe man aber diese Veränderungen nicht als notwendig für die klinische Diagnose der Pyocyaneus-Allgemeininfektion verlangen und bei Fehlen dieser Hautveränderungen, die neben anderen Symptomen wichtig sind, eine durch diesen Bacillus bedingte Erkrankung ausschlieſsen. Ebensowie für die Diagnose an der Leiche gibt es bei der Untersuchung des Lebenden nur ein, im Sinne einer bestehenden Pyocyaneusinfektion absolut sicheres Zeichen, das ist der Befund von Pyocyaneusbazillen im strömenden Blut oder im Inhalt der, in einer Anzahl von Fällen über bestimmte Teile der Hautdecke verbreitet gewesenen, meist rasch hämorrhagisch gewordenen Blasen. Schlieſslich hebt Fränkel hervor, daſs die über den Bacillus pyocyaneus am Krankenbett nun gesammelten Erfahrungen noch mehr wie bisher veranlassen sollten, bei allen fieberhaften Allgemeinerkrankungen bakteriologische, kulturelle Blutuntersuchungen, welche manche sonst unklar erscheinende Affektion aufhellen würden, vorzunehmen und weiterhin dringend dazu auffordern, die Frage der spezifischen Behandlung der durch den Bacillus pyocyaneus hervorgerufenen Allgemeininfektionen einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Mit drei Tafeln von Abbildungen zur Erklärung des histologisch-bakteriologischen Befundes. *Stern-München.*

Dermatitis venenata-Vergiftung mit Rhus Toxicodendron, von E. S. Mc Kee-Cincinnati. (*St. Louis Journ.* Febr. 1906.) Verfasser beschreibt einen an sich selbst erlebten Fall, wobei er gelegentlich eines nächtlichen Krankenbesuches in eine besondere Art der Rhus diversiloba geriet; am nächsten Morgen erschien eine heftig juckende kleinblasige Eruption am gröſsten Teil der Hautoberfläche, die Augen waren hochgradig geschwollen und daneben bestand hochgradige nervöse Schwäche. Dieser Zustand hielt etwa drei Wochen an und fand nur zeitenweise Linderung unter abwechselndem Gebrauch von Reispuder und einer gesättigten Bleiessiglösung. Mc Kee dringt darauf, daſs gesetzliche Maſsnahmen getroffen werden sollen, solch giftige Pflanzen überall, wo menschliche Ansiedelungen sich befinden, auszurotten (mechanisch oder durch Anwendung von 2% Schwefelsäure); die Charakteristika, welche im allgemeinen, wenn auch nicht immer, giftige Pflanzen begleiten, sind die spezielle schwarzgelbe Purpurfarbe, wie man sie an den Stielen von Conium, Cinda, Hundskohl usw. sieht, ein gewisser betäubender Geruch und der scharfe Geschmack. Die sehr heftige Dermatitis, die Verfasser in sehr drastischer Weise schildert, endete in beinahe völliger Ablösung der Epidermis und machte sich noch viele Wochen durch groſse Empfindlichkeit der Haut bei der geringsten Reizung bemerkbar.

Stern-München.

Hämophilie bei Neugeborenen nebst Bericht über einen derartigen Fall, von R. C. Larrabee-Boston. (*Amer. journ. med. scienc.* März 1906.) In den meisten Fällen beruhen profuse Blutungen bei neugeborenen Kindern auf Infektion durch Bakterien verschiedener Art. L. berichtet über einen Fall von Tod durch Verblutung am fünften Lebenstage bei einem weiblichen Säugling und schlieſst aus der Ab-

stammung aus einer Familie von Blutern, deren Stammbaum er mitteilt, dafs hier der allerdings äufserst seltene Fall der Hämophilie beim weiblichen Geschlecht vorlag. Autopsie wurde nicht gestattet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis, von Fritz Meyer u. Werner Neumann-Berlin. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 59. Bd. Heft 1.) Drei Krankheitsgeschichten. Besonders bemerkenswert ist der dritte Fall, in welchem die hämorrhagische Diathese grofse Dimensionen annahm. Die Brust war mit stecknadelkopfgrofsen Petechien übersät, die zum Teil zu gröfseren Flecken konfluierten, in der Scheidenschleimhaut wölbten sich zwei grofse birnförmige dunkelblaue Wülste am Introitus hervor, während der Urin schwarzrot und übelriechend wurde. An allen Körperstellen, wo die Kranke berührt wurde, traten grofse, die Fingerabdrücke deutlich wiedergebende, schwärzlichblaue Flecken auf, die in der Folge alle Farbenphänomene des sich zersetzenden Blutes aufwiesen. Die Fälle der Verfasser beweisen, dafs die Angabe von Gerhardt und Wagner, dafs meistens Kinder empfänglich für diese Erscheinungen sind, für das Auftreten hämorrhagischer Erscheinungen im höheren Alter zu ergänzen ist. Die Behandlung derartiger Kranken hat nichts anderes, wie die aller schweren Infektionskrankheiten; eine symptomatisch-diätetische zu sein, verbunden mit regelmäfsigen, grofsen Kochsalzinfusionen, bis eine spezifische Typhusbehandlung mit antitoxischem Serum erreicht ist. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung von Purpura und Hämophilie, von John W. Coe-New York. (*Journ. americ. med. Assoc.* 6. Oktober 1906.) Mitteilung von zwei Fällen von Hämophilie und von drei Fällen von Purpura haemorrhagica, bei welchen auf Einnahme von Calciumlactat Heilung erfolgte bezw. Fortbleiben der Erscheinungen eintrat. Der Verfasser empfiehlt daher das Mittel als blutkoagulierend aufs wärmste.
Schourp-Danzig.

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von Louis A. Levison-Ohio. (*Journ. americ. med. assoc.* 22. Sept. 1906.) Der Fall betraf eine 55jährige Frau. Die Blutuntersuchung ergab eine Vermehrung der Lymphozyten und Fehlen der Eosinophilen. Die Behandlung bestand in Darreichung von Calciumchlorid, Eisen und Arsen, während die Schleimhäute mit Adrenalinchlorid gepinselt wurden. Nach sehrwöchentlicher Behandlung trat Besserung ein. *Schourp-Danzig.*

Purpura rheumatica und gastrointestinale Störungen, von Mlle. Glafira Kissileff. (*Thèse de Montpellier.* 1905. Nr. 4.) *Fritz Loeb-München.*

Über Purpura rheumatica. Gastrointestinale Störungen bei dieser Affektion. Ihre Rolle und pathogenetische Bedeutung, von Jean Bertrand Adone. (*Thèse de Toulouse.* 1905. Nr. 605.) Verfasser weist auf die Beziehungen zwischen Purpura, besonders Purpura rheumatica, und gastrointestinalen Störungen hin. Die Diagnose der letzteren kann, wenn eine solche Komplikation mit Purpura vorliegt, sehr schwierig werden, die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen. Sind keine anderen Ursachen für das Auftreten der Purpura aufzufinden, so ist an eine gastrointestiale Grundlage des Krankheitsbildes zu denken und dementsprechend die Therapie einzuleiten. *Fritz Loeb-München.*

Purpura im Verein mit Arthritis und visceralen Affektionen, von A. F. Elliott-Oundle. (*Brit. med. journ.* 21. April 1906.) Das Leiden fing bei dem sechsjährigen Knaben mit Angina und Anschwellung und Schmerzen in den Ellbogen an. Alsbald traten Purpuraflecke hervor, Epistaxis, Albuminurie, leichte Hämaturie, Erbrechen und Diarrhoe, und nach wechselndem Verlauf starb der kleine Patient unter urämischen Erscheinungen nach einem dreimonatigen Krankenlager.
Philippi Bad-Salzschlirf.

Purpura haemorrhagica während der Rekonvalescenz nach Scharlach, von A. G. Banks-London. (*Lancet.* 26. Mai 1906.) Verfasser betrachtet diese Komplikation nach seinen Erfahrungen und den Berichten von englischen und französischen Autoren als eine grofse Seltenheit. Er sieht darin eine Analogie mit der Scharlachnephritis, indem beide Affektionen auf die Einwirkung von Mikrobien, namentlich Streptokokken, zurückzuführen seien. Auch gibt der Blutbefund bei beiden ähnliche Ergebnisse. In prognostischer Beziehung ist die Zunahme in dem Prozentsatz der eosinophilen Zellen von günstiger Bedeutung. Therapeutisch ist die Verwendung von Calciumchlorid (0,3—0,6 alle vier Stunden gegeben) erwähnenswert. Die mit Genesung endigende Krankengeschichte des 17jährigen Patienten ist genau geschildert.

Philippi Bad-Salzschlirf.

Purpura haemorrhagica und Tuberculosis, von R. Beusaude und L. Rivet. (*Presse méd.* 1906. Nr. 59.) Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und einer Zusammenstellung von Publikationen kommen die Autoren zu dem Schlufs, dafs zwischen Purpura haemorrhagica und Tuberkulose ein ätiologischer Zusammenhang bestehe. Sie fassen ihr Urteil zusammen in folgenden Sätzen:

Bei einer Purpura, besonders einer rezidivierenden oder chronischen, ist der Arzt gehalten, nach einer chronischen Tuberculosis der Lungen, der Drüsen oder anderer Organe zu suchen, da ein akuter Nachschufs dieser Krankheit die Purpura verursacht haben kann. Im Verlauf einer Tuberculosis verschlechtert das Auftreten einer Purpura die Prognose. Bei fortgeschrittener Tuberculosis weist das Auftreten der Purpura auf eine schwere Kachexie und einen nahen Exitus hin.

Carl Schramm-Dortmund.

Purpura haemorrhagica und Tuberculosis chronica, von Léopold Robert. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 31.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Ätiologie der Purpura haemorrhagica (Werlhof'sche Krankheit), von Wilhelm Grüter. (Inaug.-Dissert. Marburg 1906.) Während das klinische Bild der Purpura haemorrhagica (Werlhof 1775) sicher festgestellt ist, weichen in ätiologischer Beziehung die Forschungsergebnisse noch sehr von einander ab. Verfasser gibt die Krankheitsgeschichte eines typischen Falles (25jähriger Mann) sporadisches Auftreten, Mangel der Erblichkeit, über den ganzen Körper, besonders die unteren Extremitäten, ausgebreitete Blutungen, Schleimhautblutung in der Mundhöhle, Blutausscheidung im Urin, Blutbrechen.

Ätiologisch wird von manchen Autoren eine bakterielle Infektion angenommen. Ein bestimmter Erreger ist aber bis jetzt noch nicht anerkannt. In dem Falle des Verfassers gelang es Prof. Bonhoff aus dem Nasenschleim, dem Blute und dem Urin ein Stäbchen zu züchten. Verfasser berichtet über die damit angestellten Blutkulturen, Urinkulturen, Blutkulturen bei Brütschranktemperatur, Wachstum der Blutkulturen bei Zimmertemperatur, Urinkulturen bei Brutschranktemperatur, Wachstum der Urinkulturen bei Zimmertemperatur, Tierversuche, angestellt mit Blutkultur. Die Befunde bei den aus dem Blute und Urin gezüchteten Bazillen weisen einige Unterschiede auf. Der aus Nasenschleim gezüchtete und der Blutbacillus erwiesen sich als identisch. Demnach scheint die Blutkultur die Krankheit verursacht zu haben. Der gefundene Bacillus stellt ein grampositives Stäbchen mit Polfärbung dar. Durch die letztere wäre er wohl der Gruppe der hämorrhagischen Septicämien verwandt, aber durch sein grampositives Verhalten, sowie durch die jener Gruppe charakteristische Indolreaktion unterscheidet er sich sehr wesentlich. Auch die Agglutinationsproben mit einem Vertreter dieser Gruppe: dem Bacillus der Frettchenseuche, fielen negativ aus. Der Bacillus kommt wohl dem von Kolb beschriebenen „Bacillus haemorrhagicus"

am nächsten. Der negative Ausfall der Tierversuche spricht zunächst gegen die Annahme, dafs das aus dem Blute gezüchtete Stäbchen der Erreger der Krankheit ist.
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von morbus maculosus Werlhofii mit ungewöhnlichem Ausgang, von WILHELM ENGELHARD. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1905.) Der äufserst interessante und seltene Verlauf des vom Verfasser mitgeteilten Falles rechtfertigt dessen eingehendere Mitteilung. Der Fall betrifft eine Wäscherin. Aufnahme auf der Klinik zwölf Tage ante exitum. Von hämorrhagischer Diathese oder Hämophilie [nichts in der Anamnese. 14 Tage vor Aufnahme trat ohne jede äufsere Veranlassung ein blaugrüner Fleck am rechten Knie auf, sehr bald darauf ein gleicher an der linken Schulter und an der Seite. Die Flecken waren bis fünfmarkstückgrofs, heifs und bei Berührung empfindlich. Gelegentliche Schmerzen in den Fufs- und Handgelenken (ohne Schwellung). Bald nach den grofsen Flecken traten massenhaft kleine rote auf, vorwiegend an den Beinen. Acht Tage nach der Aufnahme mäfsige Zahnfleischblutungen und schwarze Flecken im Mund. Bei der Aufnahme subfebrile Temperatur (— 37,5°). Acidum phosphoricum (5,0) mit Decoct. pulp. Tamarind. 200,0 (2—4mal ein Efslöffel) brachte einige Tage Besserung. Sehr bald Verschlechterung, Erbrechen (ohne Blut), Kopfschmerzen (6. Tag). Ordination: Plumb. acetic 0,1 zweimal. Dauernd äufserst heftige Kopfschmerzen. Gelatine MERCK; 10% subcutan, 2% rec. parat. rektal, Ferripyrin als Streupulver. Somnolenz. — 9. Tag: Anhaltender Sopor, bohrt mit dem Kopf in die Kissen. 12. Tag Exitus. Sektion ergibt unter anderem: Subdural ein plattenförmiges, dunkelrotes Blutkoagulum, links subpiale Blutaustritte. Im rechten Hinterhauptslappen gänseeigrofses Blutkoagulum, Hämorrhagien in der Umgebung, rechte Niere und rechter Ureter fehlen. — Nach den kasuistischen Mitteilungen verbreitet sich Verfasser über Einteilung und Symptomatologie der hämorrhagischen Diathesen. Weiter kann im Rahmen eines Referates nicht auf die Arbeit eingegangen werden. Alle Symptome und der ganze Verlauf sprechen für einen Morbus maculosus Werlhofii.
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von SCHÖNLEINscher Purpura, von E. C. B. IBOTSON-Dover. (*Lancet* 21. Juli 1906.) Derselbe betraf einen zweijährigen Knaben; es bestanden charakteristische Flecke mit Urticaria vermischt, Odem am Präputium und am linken Knie und im Anfang mäfsiges Fieber. Eine Mixtur mit Suprarenalin (gutt. XXIV auf 45,0) scheint nützlich gewirkt zu haben.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von HENOCHscher Purpura, von J. A. N. LONGLEY-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1906.) Bei einem elfjährigen Mädchen, welches seit mehreren Jahren an tuberkulöser Erkrankung verschiedener Knochen gelitten hatte, entwickelte sich im Anschlufs an eine Durchnässung eine intensive Purpura mit beängstigenden Erscheinungen von seiten der Abdominalorgane, hochgradigen Schmerzen und Collaps. Adrenalin (gutt. II) mit Liquor arsenicalis (gutt. III), in wässeriger Lösung viermal täglich gegeben, scheint geradezu lebensrettend gewirkt zu haben.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Kinderskorbut. Bericht von 50 Fällen und ihrer Behandlung, von JOHN LOVETT MORSE-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* 14. April 1906.) Die erkrankten Kinder standen meist im Alter von sechs bis zehn Monaten. In einzelnen Fällen war die Zusammensetzung der Nahrung durchaus einwandsfrei gewesen. Rhachitische Veränderungen fanden sich bei 41 Fällen, ohne dafs Beziehungen zwischen der Schwere des Skorbuts und der Rhachitis offenkundig waren. In einigen Fällen war Hämaturie das erste Symptom des Skorbuts; sie fand sich in 15 Fällen; sie bestand nicht bei 20 Fällen. In allen 50 Fällen erfolgte unter der veränderten Ernährung Heilung.
Schourp-Danzig.

Skorbut bei Säuglingen, von G. F. Still-London. (*Brit. med. Journ.* 28. Juli 1906.) Im allgemeinen gelten Hämorrhagien in der Haut für ein ganz gewöhnliches Symptom beim Skorbut. Nach S. ist dies bei Säuglingen nicht der Fall, indem unter seinem Material von 54 Fällen nur sechsmal Hauthämorrhagien vorkamen. Gelegentlich wurden Ödeme an den Extremitäten konstatiert, wodurch eine Verwechselung mit Periostitis hätte veranlafst werden können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis des Skorbuts, von H. Senator-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 17.) Es handelt sich um die Krankengeschichte eines Patienten mit Skorbut, welcher verstarb. Die Ergebnisse der Blutuntersuchung waren folgende: Das Blut zeigte eine gewaltige, täglich stetig fortschreitende Abnahme der Erythrocyten bis auf etwa ein Sechstel der Normalzahl und eine noch stärkere Abnahme des Hämoglobingehalts, ferner eine fortschreitende Leukocytose mit entsprechender Abnahme der Lymphocyten, dann Poikilocyten, polychromatische Degeneration der Erythrocyten und Auftreten von Normoblastose, also ein Befund, wie er der schweren, einfachen, posthämorrhagischen Anämie von subakutem oder chronischem Verlaufe entspricht. Der Eiweifsgehalt im Blutserum war 5—6 %. Die Sektion ergab ausgedehnte Blutungen und hochgradige Anämie ohne spezifische Eigentümlichkeiten und als Folge davon Verfettungen verschiedener Organe. Hyperplasie und Bronchiektasien des unteren Lappens der linken Lunge und des Uterus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kenntnis der durch die Pest verursachten Hautläsionen, von Carlos França-Lissabon. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* 1905. Bd. 52.) Während der Pestepidemie, die im Jahre 1899 Oporto heimsuchte, sind Hautläsionen häufig zur Beobachtung gelangt, aber kein einziger Fall, in dem nur Hautläsionen, ohne Beulen, zur Erscheinung gekommen wären. Es waren dies aufser den sehr häufigen Petechien und Ecchymosen: 1. Karbunkel, von 110 zur Sektion gekommenen Leichen elfmal beobachtet, im Karbunkel wurden keine Pestbazillen gefunden, aber meist im Blute; der Pestkarbunkel ist immer von schlimmer prognostischer Bedeutung. Die histologischen Unterschiede zwischen diesem und der Milzbrandpustel werden von Fr. genauer beschrieben. 2. Pusteln, unter 110 tödlich verlaufenen Fällen sechsmal und zweimal gleichzeitig mit Karbunkeln beobachtet. Der mikroskopische Anblick der Pestpustel ist, wie der makroskopische, mit dem der Blatternpustel völlig identisch; Pestbazillen sind in ersterem (in kleinen Höhlen) meist enthalten. 3. Von Pestpemphigus wurde ein Fall beobachtet, wobei die histologische Untersuchung im Corium ungeheure Mengen von Pestbazillen, gut gefärbt und mit den gewöhnlichen Merkmalen, zeigte, aufserdem grofse Mengen Pestbazillen in den Bubonen und in der Milz; durch Kulturen wurden sie ferner im Blut, im Rückenmark und im Karbunkel nachgewiesen. Es erscheint Verfasser die Annahme gerechtfertigt, dafs die Hautläsionen vielleicht mit der Anwesenheit des Pestbacillus im Blute in Verbindung stehen. Eine Tafel mit Abbildungen der mikroskopischen Bilder ergänzt die Arbeit.

Stern-München.

Gangrän der Finger nach Einnehmen von Ergotin, von W. J. S. McKay-Lenisham. (*Brit. med. Journ.* 18. Aug. 1906.) Eine 30jährige, verheiratete Frau, VIII. para, von kräftigem Körperbau und robuster Gesundheit, nahm in der Absicht der Fruchtabtreibung ein gröfseres Quantum Ergotinum liquidum im Laufe von etwa 14 Tagen ein. Gegen Ende der zweiten Woche bemerkte sie ziehende Schmerzen in den Armen, Jucken, Anschwellung der Finger und grünliche Verfärbung, Kaltwerden und intensive Schmerzen an einzelnen der letzteren. Die Affektion nahm einen schleichenden Verlauf, aber schliefslich büfste Patientin mehrere Fingerglieder ein. Abort war auf das Ergotin nicht eingetreten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Traumatische Entzündungen.

Behandlung von Dermatitis nach Röntgenbestrahlung, von L. H. Harris-Sydney (Australien). (*Brit. med. Journ.* 22. Sept. 1906.) Verfasser hat an sich selbst bei chronischer Dermatitis der Hände infolge von Arbeiten mit Röntgenstrahlen nach vielen Versuchen gefunden, dafs die Anwendung von feinem Sandpapier sehr befriedigende Resultate gab. Einige ungemein schmerzhafte Warzen und Geschwürchen liefs er sich exzidieren und ohne Nähte mit Heftpflaster verbinden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Calciumsalze bei Pernionen, von G. A. Stephens-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 7. April 1906.) Von der Auffassung, dafs die Entstehung von Frostbeulen auf einer mangelhaften Beschaffenheit des Gefäfssystems und vielleicht des Blutes selbst beruhe, ausgehend, hat Verfasser in einer gröfseren Reihe von Fällen Calciumchlorid in Dosen von 0,6 bis 0,9 mit Extr. liquiritiae ter die verordnet und berichtet über prompte günstige Wirkungen. Auch mit Calciumlactat sollen günstige Wirkungen erzielt worden sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Calciumsalze bei Pernionen und anderen serösen Hämorrhagien, von R. Hingston Fox-London. (*Brit. med. Journ.* 5. Mai 1906.) Verfasser weist darauf hin, dafs nach den Untersuchungen von Wright die an Pernionen leidenden Individuen eine verminderte Gerinnungsfähigkeit ihres Blutes aufweisen. Die gleiche Erscheinung ist zu konstatieren bei manchen Fällen von Urticaria, Ekzema madidans, Ödem, sowie bei Migräne und Albuminurie. Die Calciumsalze, das Chlorid und bei der hämatogenen Albuminurie das Laktat wirken spezifisch durch die Steigerung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Raupenausschlag, von J. C. Thresh-Chelmsford. (*Lancet.* 4. Aug. 1906.) Unter den Raupen gibt es verschiedene, welche die Fähigkeit besitzen, auf die menschliche Haut und die Schleimhaut reizend zu wirken. Verfasser beschreibt eine Epidemie von mehr als 20 Fällen bei Schulkindern, welche die Raupen von Porthesia similis gesammelt hatten. Diese Raupe ist schwarz mit einem doppelten roten Strich auf dem Rücken und einer roten Seitenlinie, weifsen Punkten an einigen Segmenten und weifsen Strichen am Bauche. Bemerkenswert ist, dafs das Tier nicht in allen Stadien seines Daseins gefährlich ist, sondern nur während des vierten und fünften, in denen es mit vielen langen und kurzen Haaren besetzt ist. Letztere scheinen die giftige Wirkung hervorzurufen, die sich durch urticariaartigen Ausschlag, Konjunktivitis usw. äufsert. Die Erscheinungen gehen meist in einigen Tagen vorüber.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Dermatitis und Primula obconica, von Victor Pflanz. (Inaug.-Dissert. Rostock 1905.) Verfasser gibt einleitend zunächst einen kritischen Bericht über die Primula obconica-Literatur und geht sodann zur Mitteilung von zwölf Krankengeschichten über, die ihm Prof. Wolters aus seiner Privatpraxis zur Bearbeitung überlassen hat. Diese Krankengeschichten zeigen, „dafs eine Dermatitis durch Primula obconica (warum sagt Verfasser nicht auch im Titel durch? Ref.) nur an den Hautpartien entsteht, die mit dem Primelgift in direkte Berührung kommen.“ Verfasser verweist besonders auf die vierte seiner Krankengeschichten hin, in welchem das Primelexanthem bei einer Dame gerade zwischen beiden Brüsten auftrat, da sie den Primelstrauls in den Ausschnitt ihres Kleides gesteckt hatte. — Hände und Unterarme sind in fast allen Fällen in erster Linie befallen. Von hier aus wird dann der Giftstoff z. B. durch Abwischen des Schweifses in das Gesicht übertragen. In fast allen Krankengeschichten ist hervorgehoben, dafs die Dermatitis ziemlich scharf an den Stellen abschneidet, wo die Kleidung die Haut bedeckt. — Bezüglich der von

einer Reihe von Autoren angenommenen Disposition zum Zustandekommen einer Primeldermatitis äufsert sich Verfasser dahin, dafs nach seiner Auffassung nicht jeder Mensch für das Primelgift empfänglich ist, sondern der eine mehr, der andere weniger von der Entzündung befallen wird. — Zwei Fälle bestätigen, dafs auch welke Blätter und Blüten der Primula obconica Entzündungserscheinungen hervorrufen können. — Interessant ist, dafs nicht in allen mitgeteilten Fällen die Primula obconica den Ausschlag hervorrief, sondern zweimal eine Varietät der chinesischen Primel. Es beweisen diese Beobachtungen, dafs eben auch andere Sorten der Gattung Primula die Giftwirkung haben. — Therapeutisch empfiehlt Verfasser nach Nestlers Vorschrift in erster Linie Alkoholverbände und Waschungen. *Fritz Loeb-München.*

Tödliche Dermatitis nach Anwendung von Scillablättern als Volksheilmittel bei einer Verbrennung, von Moritz Mayer-Simmern. *(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw.* 3. Folge. XXXI. 1.) Die 73jährige Frau hatte eine Brandwunde (zweiten Grades am Vorderarm von 2 qcm Gröfse) mit frischen Scillablättern bedeckt; es stellte sich alsbald Schwellung, Rötung, sodann Blasenbildung an der betreffenden Hautstelle ein, dann Zerfall der Blasen, Freiliegen der Lederhaut, Absonderung reichlicher Flüssigkeitsmengen, Brand der Haut und allgemeine Sepsis und nach 5½ Tagen der Tod. Wenn auch im vorliegenden Falle das hohe Alter und sehr stark ausgeprägte Arteriosklerose als prädisponierende Momente anzusehen waren, so weist Verfasser doch auf die Möglichkeit hin, dafs ähnliche Fälle, wie sie bei Gärtnern (Blutvergiftung infolge von Verletzung mit Pflanzenteilen) häufiger vorkommen, versicherungsrechtliche und gerichtsärztliche Bedeutung erlangen könnten, *Stern-München.*

Akutes heftiges Ekzem nach Jodvasogengebrauch, von O. Heine-Dortmund. *(Ärztl. Rundsch.* 1905. Nr. 24.) Dafs die vielfach eingerissene unbefugte Nachahmung pharmazeutischer Präparate auch für den Arzt nicht irrelevant ist, lehrt ein Fall, den Heine beobachtete, doch hatte es mit dem Präparate eine besondere Bewandtnis. H. hatte einer Patientin als Nachkur bei einer Sehnenscheidenentzündung Einreibungen mit Jodvasogen machen lassen und erhielt nach zwei Tagen ein heftiges akutes Ekzem am Handrücken, das lediglich auf das Präparat zurückgeführt werden konnte. H. fühlte sich gedrungen, diesen eigenartigen Fall mitzuteilen, da ja dem Jodvasogen in der gesamten Literatur die Reizlosigkeit als eins seiner besonderen Vorzüge nachgerühmt wird. Weitere Nachforschungen veranlafsten ihn aber später, in derselben Zeitschrift (Nr. 48 desselben Jahrganges) eine „Berichtigung" zu veröffentlichen; aus derselben ging hervor, „dafs in dem betreffenden Falle nicht das von der Firma Pearson & Co. in Hamburg hergestellte Jodvasogen die Ekzemwirkung hervorgerufen hat, sondern ein vom Apotheker angefertigtes Präparat." Die durch das substituierte Präparat hervorgerufene Reizwirkung erklärt sich daraus, dafs die Imitationen des Jodvasogens sich schon nach kurzem Stehen entmischen, so dafs eine obere jodfreie und eine untere, sehr stark konzentrierte Schicht entsteht, welch letztere starke Hautreizung zur Folge hat. *Arthur Rahn-Berlin.*

Ein Fall von Karbolgangrän des linken Zeigefingers, von R. Goulard. *(Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 16.) Eine Frau hatte, von einem Stallhasen gebissen, den verletzten linken Zeigefinger zehn Minuten lang in 5%iger Karbolsäurelösung gebadet und dann mit trockener hydrophiler Gaze bedeckt. Die Folge war totale Gangrän der beiden letzten Fingerglieder; der Finger mufste amputiert werden. Die Frau hatte früher schon mehrfach Karbolsäurelösung ohne Nachteil angewendet. *Göts-München.*

Zur Kasuistik der Karbolgangrän, von Paul Möckel. (Inaug.-Dissert. Gieſsen 1905.) In der Gieſsener Poliklinik wurden von 1900 bis 1. Juli 1905 ins-

gesamt 20209 chirurgische Fälle behandelt, darunter fünf Fälle von Karbolgangrän; es entfielen also auf etwa 4000 Fälle ein Fall von Karbolgangrän. Verfasser fordert, daſs erstens das 2%ige offizinelle Karbolwasser dem Handverkauf entnommen und nur auf ärztliche Verordnung hin abgegeben werde, die zweite Forderung, Ersatz der Karbolsäure in den Hebammentaschen durch ein anderes geeignetes Desinfiziens, ist in Preuſsen schon früher, in Hessen vor einiger Zeit, in anderen Staaten dagegen noch nicht erfüllt worden; schlieſslich weist er darauf hin, daſs es oft ältere Ärzte sind, die leider noch immer die zu ihrer Studentenzeit so beliebten Karbolumschläge verordnen. *Fritz Loeb-München.*

Über Lippen- resp. Mundwasserekzeme, von Galewsky-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) G. hat im Laufe von vier Jahren an 16 Personen nach dem Gebrauch von Bergmannscher Zahnpasta, Kosmin, Kosmodont, Odol, Sanitol, Stomatol, Eau dentifrice de Botot, Pfefferminzzahnpulver und vier weiteren, von Zahnärzten bezw. Apothekern zusammengestellten Mundwässern die von Neisser beschriebenen Ekzeme in der Umgebung der Mundöffnung beobachtet. Die meisten der benutzten Mundwässer, Pulver und Pasten enthalten Pfefferminzöl, ein Teil auch noch andere aromatische Öle, wie Nelkenöl; diese Öle sind, vermutlich infolge ihres Gehaltes an Terpenen, am häufigsten die Ursache der fraglichen Ekzeme. Ein Teil der genannten Mundwässer enthält Arnikatinktur, Salol, Terpinol, Formaldehyd, Seife oder Seifenspiritus, und auch all' diese Stoffe rufen gelegentlich Ekzeme hervor. Eine Reihe von Menschen verträgt überhaupt kein Mundwasser, das irgendeinen reizenden Stoff enthält; solche Individuen bleiben nur beim Gebrauch ganz einfacher Mittel, wie z. B. der Schlemmkreide, frei von Ekzemen. *Götz-München.*

Über Hautausschläge nach dem Gebrauch von Tannin, von Hermann Krölia. (Inaug.-Dissert. Rostock 1905..) Nach einer umfangreichen Einleitung über die Geschichte der Arzneiexantheme und über die pharmakologischen und chemischen Eigenschaften des Tannins berichtet Verfasser über vier Fälle, in denen nach der Verabfolgung von Tannin schwere lokale Schädigungen der Haut oder Schleimhaut sich einstellten. In drei Fällen traten nach dem Gebrauche von Captol starke Reizerscheinungen am Orte der direkten Einwirkung auf, denen dann an anderen Stellen, die nicht mit demselben in Berührung kamen, Exantheme folgten, welche das Aussehen von Masern oder Schweiſsfriesseln hatten neben urticariellen Effloreszenzen und die erst nach einiger Zeit verschwanden. In einem Fall ging das gleiche Bild von mit Tanninsalbe behandelten Perniones aus. In der Literatur finden sich nur sehr wenig Berichte über Intoxikationserscheinungen nach Anwendung des Tannin, speziell über Hauterscheinungen nach seinem Gebrauch. Aus den interessanten Schluſsausführungen des Verfassers über Arzneiexanthema sei der Hinweis hervorgehoben, daſs auf diesem Gebiete eine absolute Regellosigkeit herrscht und daſs es fast ebensoviele regelmäſsig verlaufende Fälle gibt als Ausnahmen. Auch auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose und die groſse Bedeutung des Erkennes der Arzneiexantheme weist Verfasser hin. *Fritz Loeb-München.*

Neurotische Entzündungen.

Zwei Fälle von Epidermolysis bullosa, von Agnes F. Savill-London. (*Lancet.* 14. Juli 1906.) Fall I, 26jähriges Mädchen hat fast von der Geburt an von Zeit zu Zeit an verschiedenen Stellen des Körpers Bullae, namentlich an den Unterschenkeln in verschiedener Ausdehnung bis etwa Talergröſse dargeboten. Im Sommer ist die Affektion immer schlimmer als im Winter. Druck und Stoſs bewirken sehr prompt einen neuen Ausbruch.

Fall II, der 44jährige Bruder der vorhergehenden zeigte nach dem ersten Lebensmonat die gleichen Läsionen. Beide Kranken besserten sich entschieden auf Darreichung von Ergotin. Die mikroskopische Untersuchung einiger exstirpierten Blasen in verschiedenen Stadien ergab einmal Exsudatbildung zwischen dem Str. lucidum und Stratum granulosum und auch zwischen Stratum mucosum und Stratum papillare. Bei einem anderen Präparat fand sich das Exsudat zwischen Stratum granulosum und mucosum, ferner zwischen lucidum und granulosum und bei einem vierten zwischen mucosum und papillare. Strepto- oder Staphylokokken wurden nicht gefunden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von Fritz Grimm. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1906.) Verfasser gibt die Krankengeschichte seines Falles (13jähriger Knabe), der durch das Fehlen der Heredität und durch das erst im vierten Jahre erfolgte Auftreten der Krankheit bemerkenswert ist; sonst kann an der Arbeit nichts Erwähnenswertes gefunden werden. *Fritz Loeb-München.*

Zur Spätwirkung der Nervendehnung beim Malum perforans pedis, von Betagh. (*Il Policlinico.* 1906. Nr. 8.) Der Verfasser kritisiert die Methoden von Chipault und Roncali beim Malum perforans pedis, bestehend in der Nervendehnung, die in der Hand dieser Autoren vorzügliche Resultate geliefert haben soll. Dementgegen meint der Verfasser, dafs die Methode zwar ganz gute Dienste leisten kann, dafs sich aber die meisten Fälle nicht dazu eignen. Er gründet sich bei seiner Behauptung auf das Resultat seiner histologischen Untersuchungen.

C. Müller-Genf.

Malum perforans buccale tabeticum, von René Henry. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 529.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Herpes des Oesophagus, von Arthur Holub-Karlsbad. (*Ther. d. Gegenw.* Sept. 1906.) Es handelte sich um einen 48jährigen Schutzmann, der rechts auf der Höhe einer Falte des Oesophagus zwei runde, grauweifse, von einem hyperämischen Hofe umgebene Stellen zeigte, deren eine oralwärts, die andere stomachalwärts lag. Auf der gegenüberliegenden Falte eine im Profil erscheinende ebensolche Stelle, die sich bläschenförmig über das Niveau der Schleimhaut erhob. Unter 3%igen Enkaininstillationen und Morphin, sowie flüssig-breiiger Diät entstand ein normales Aussehen, doch stellten sich später zeitweilig wieder Blasen ein. Es handelte sich um Herpes. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Motorische Komplikationen bei Herpes zoster, von A. W. Hewlett-San Francisco. (*Calif. State Journ.* April 1906.) Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur bespricht Verfasser den symptomatischen sowohl wie den spezifischen Zoster und berichtet über folgende Fälle: Ein junger Mann stiefs beim Tauchen in seichtem Wasser heftig mit dem Kopfe auf. Es trat Bewufstlosigkeit ein, und nach der Ausführung der erfolgreichen Wiederbelebungsversuche wurde totale Paralyse der Arme konstatiert. Gleichzeitig entwickelte sich Anästhesie und Beseitigung des Temperatursinnes an beiden Armen zwischen Ellenbogen und Schulter, und drei Tage später Zoster im Gebiet der dritten und vierten Halsnerven beiderseits. Heilung nach weiteren acht Tagen. Diagnose: Hämorrhagie am cervicalen Rückenmark. Bei zwei anderen Kranken handelte es sich um Parese im Gebiete des Facialis und der Cervicalnerven nach vorherigem Auftreten von Herpes im Bereiche derselben. Zur Erklärung dieses Fortschreitens vom sensorischen zum motorischen Gebiete hat man eine völlig befriedigende Lösung noch nicht gefunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pruritus als Initialerscheinung des Herpes zoster, von Bettmann-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.) B. referiert über zwei Fälle aus seiner Praxis, wo ein Pruritus längere Zeit vor Auftreten eines Herpes bestand und zwar entsprach

die Lokalisation des Juckbezirkes genau den Regionen des mitfolgenden Herpes zoster. Im ersten Falle bestand der Juckreiz zirka zwei Monate, im zweiten Falle 14 Tage vor Ausbruch des Herpes und trotzte jeder Therapie. Auf Grund dieser Beobachtungen geht B. auf die Theorie der Entstehung des Juckreizes resp. des Pruritus ein und kommt zu dem Schlufs, dafs der Juckreiz hier vom „Orte des Herpes zoster" aus ausgelöst wurde und die Ursache also im Nervensystem, wahrscheinlich in einem Ganglion spinale zu suchen sei. *Carl Schramm-Dortmund.*

Rezidivierender Herpes gestationis, von C. A. D. Bryan-Leicester. (*Lancet.* 24. Februar 1906.) Ein 36jährige Frau, zum sechsten Male gravida, kam mit einer juckenden und schmerzhaften Affektion der Vorderarme in Behandlung. Verfasser konstatierte ein Erythem mit Papeln und Bläschen von Klein-Erbsengröfse. Am Rumpf und an den Oberschenkeln fanden sich auch einige erythematösen Flecke. Im weiteren Verlauf erstreckte sich die Affektion über den ganzen Körper mit Ausnahme der Handteller und Fufssohlen bei intensiver Störung des Allgemeinbefindens, Schlaflosigkeit und grofser Hinfälligkeit. Nachdem die Frühgeburt eines toten Fötus erfolgt war, trat allmählich völlige Gesundung ein. Die binnen Jahresfrist wieder erfolgte Schwangerschaft war einige Wochen nach ihrem Einsetzen von ähnlichen Erscheinungen begleitet. Dieselben vergingen trotz aller therapeutischen Mafsregeln erst nach der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Herpes zoster bei Tabes dorsalis, von Hermann August Alefeld-Darmstadt. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Im frühen Stadium der tabischen Erkrankung scheint ein kausaler Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Tabes wenig wahrscheinlich zu sein.

Die Einzelheiten der Arbeit müssen im Original studiert werden.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kasuistik der Erythromelalgie, von Uby. Aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Rostock. (Inaug.-Dissert. 1905.) Der vom Verfasser mitgeteilte Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen. Während Weir Mitchell die Ansicht vom peripheren Ursprung des Leidens vertritt, bekennt sich Uby, wie die meisten Autoren zu der Auffassung, dafs die Erythromelalgie ein Leiden zentralen Ursprungs und eine Krankheit sui generis sei. In der Ätiologie spielen Syphilis, Rheumatismus, Malaria oder sonstige fieberhafte Erkrankungen, andauernde Beschäftigung in Nässe und Kälte eine Rolle. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Perniones, Raynaudsche Krankheit, Akromelie, Akroparästhesie und Sklerodermie, auch Oedema circumscriptum, Erythromelie und Atrophia cutis. Salicylsäure scheint die Krankheit günstig zu beeinflussen. Bei luetischer Grundlage ist spezifische Therapie von Nutzen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von A. Pospelow-Moskau. (*Ikonographia dermatol.* Fasc. I. Tab. VII.) Die Betrachtung des vorzüglichen Bildes läfst die Diagnose durchaus nicht zweifelhaft erscheinen. Es handelte sich um eine 36jährige verheiratete Fabrikarbeiterin, welche mit den Erscheinungen der Morvanschen Krankheit der einen Hand aufgenommen wurde. Etwa einen Monat später traten heftige Schmerzen und die sonstigen Symptome der Erythromelalgie an der anderen hervor (im Text scheint rechts und links verwechselt worden zu sein). Unter Vesikatoren und heifsen Handbädern vergingen die Erscheinungen, zeigten sich jedoch zwei Wochen später am Fufse. Verfasser stellt die Affektion mit Syringomyelie in Parallele und schlägt als richtigen (wenn auch etwas umständlichen) Namen die Bezeichnung „Oedema cutis acutum circumscriptum dolorosum" vor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Ätiologie der Prurigo, von Ludwig Steiner-Leipzig und Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 33.) Bei einer 26jährigen Frau, die

niemals eine Hautkrankheit gehabt hatte, führte eine Erkrankung des Kolon im Laufe weniger Tage zur Entstehung einer typischen Prurigo. Die Darmaffektion, die sich durch leichte Temperatursteigerung, hartnäckige Verstopfung, Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Leibes äufserte, ging rasch vorüber, die Prurigo dagegen verschwand nicht mehr, es traten immer wieder neue Nachschübe auf.

Wie die Urticaria wird wahrscheinlich auch die Prurigo häufig durch Reizungen oder Erkrankungen der Darmschleimhaut verursacht; möglicherweise verursacht eine vorübergehende Veränderung der Schleimhaut des Kolon eine dauernde Störung im Resorptionsmechanismus, so dafs auch nach völliger Heilung der Darmaffektion doch noch beständig Prurigonachschübe kommen. Wenn solche Kolonerkrankungen bei Erwachsenen nur selten zu Prurigo führen, so ist das wohl deshalb, weil diese nur bei disponierten Individuen auftritt, und die Disponierten ihre Prurigo schon im frühen Kindesalter akquiriert haben.

Bei Kindern läfst sich die Ursache einer Prurigo meist nicht so leicht feststellen wie in dem hier mitgeteilten Falle. Vörner beobachtete einmal, wie bei einem Kinde im Anschlufs an verschiedene, im ersten Lebensjahre aufgetretene Koliken und Diarrhoen eine Urticaria entstand, aus der sich dann eine Prurigo entwickelte.

Götz-München.

Akute Exantheme.

Studie über 300 Scharlachfälle, welche im Hospital des Enfants-Malades im Jahre 1903 zur Beobachtung kamen, von Léonard de Saint Paul. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 292.) *Fritz Loeb-München.*

Über das Vorkommen von Scharlach im Kanton Zürich in den Jahren 1884—1902, mit besonderer Berücksichtigung der in die medizinische Klinik aufgenommenen Kranken, von Regina Kahane. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Aus der Arbeit geht hervor, dafs die Scharlachmortalität im Kanton Zürich verhältnismäfsig gering ist, dabei ist das Kindesalter im männlichen Geschlecht am meisten beteiligt. Sonst enthält die Arbeit nichts Referierenswertes. *Fritz Loeb-München.*

Beobachtungen über Scharlach, von Anna Koulakovsky. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Der Arbeit liegen 262 Fälle zugrunde (1874—1901). 43,89 % Knaben, 56,89 % Mädchen. Die Mortalität beträgt 4,9 %.

Prozent-Mortalität nach dem Alter				
0—1,	1—4,	5—9,	10—14,	15—19
46,6 %	54,3 %.			

Der Tod war in den meisten Fällen durch Diphtherie veranlafst.

Exanthem. Scarlatina laevigata in 83,6 % der Fälle
„ miliaris „ 1,13 % „ „
„ papulosa „ 4,19 % „ „

In 14 Fällen fehlen nähere Angaben.

Die Desquamation begann in vielen Fällen schon im Laufe der ersten Woche. Die Dauer war, wie folgende Tabelle zeigt, sehr verschieden.

Woche	Knaben	Mädchen	Summe
1.—2.	3	2	5
2.—3.	5	2	7
3.—4.	12	13	25
4.—5.	29	26	55
5.—6.	14	11	25
6.—7.	8	3	11
7.—8.	2	1	3.

Diphtherie trat in 21,75% auf und in den meisten Fällen war sie die Ursache des Todes. Bei Erwachsenen tritt sie seltener in schwerer Form auf. Albuminurie zeigte sich in 14,12%. Eigentliche Nephritis in 5,3%. Otitis trat in 1,9% der Fälle auf. Rheumatische Erscheinungen kamen in 4,5% der Fälle vor (bei Erwachsenen 18% [Gimmel]). Eine Herzaffektion hat in 7,4% der Fälle bestanden. Dies sind der Reihenfolge nach die häufigsten Komplikationen, die zur Beobachtung gelangten.

Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Der **sechste Internationale Dermatologenkongreſs** findet vom 9. bis 14. September 1907 zu New York statt.

Präsident des Kongresses ist: Dr. James C. White-Boston, Mass. Generalsekretär: Dr. John A. Fordyce-New York City, 80 West 40th Street.

Sekretär für Deutschland ist: Dr. O. Rosenthal-Berlin.

Über Arsenikneuritis, von Franz Conzen-Leipzig. (*Neurol. Centralbl.* 1906. Nr. 1.) Es handelt sich hier um eine lokale Aufnahme und Einwirkung des Giftes percutan durch die unverletzte Cutis bei einer 24jährigen Pelznäherin.

Diesem Fall von Arsenikneuritis liegt der eigentümliche Modus der Intoxikation darin, daſs bei dem bis dahin gesunden Mädchen schon nach etwa achtwöchentlicher Beschäftigung mit arsenikhaltiger Flüssigkeit die ersten Erscheinungen von seiten des Nervensystems auftraten. Es handelt sich also in diesem Falle um einen ganz anderen Intoxikationsmodus, wie er bisher beschrieben wurde. Allgemeinerscheinungen von seiten des Nervendarmtraktus und des Inspirationstraktus, wie auch von seiten des Nervensystems fehlen; andererseits sind nur an den Stellen der lokalen Einwirkung der Arsenikflüssigkeit Erscheinungen von seiten des Nervensystems und der Haut aufgetreten. *Arthur Rahn-Berlin.*

Aufklärung als Faktor bei der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Prince A. Morrow-New York.

Die Pflicht des Ärztestandes zur Aufklärung der Geschlechtskrankheiten, von W. J. Herdmann-Ann Arbor, Mich.

Die Pflicht des Staates gegen die Geschlechtskrankheiten, von Henry D. Holton-Brattlebovo.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Frankreich, von Theodor Tuffier-Paris.

Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von Albert E. Cabier-Detroit.

Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von George Whiteside-Portland.

Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? von Bransford Lewis-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* 20. Okt. 1906.)

Vorträge, welche in der Abteilung für Hygiene und Gesundheitswesen der Amerikanischen medizinischen Gesellschaft gelegentlich der 57. Jahresversammlung gehalten wurden, ohne für uns wesentlich Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscefs 15. 128. 191. 239. 303. 351. 353. 406. 409. 509. 602. 603. 677. 684. 704.
— im Säuglingsalter, Pathogenese des (Lewandowsky) 123.
—, multipler subcutaner 315.
— der Niere 320.
— der Prostata 526; (Ballenger) 580; (Legrain) 649; —, Behandlung des (Mac Munn) 526; (Toupet) 526.
—, periurethraler (Bate) 509.
—, subphrenischer (Manasse) 321.
— nach Morphininjektionen 13.
Acetonurie (Mauban) 579.
Adenocarcinoma 524; — sebaceum 358.
Adenitis (Migliorini) 317.
Adenoma 426. 504. 532.
— der Niere 419.
— sebaceum 208; (Heuss) 488; (Jamieson und Huie) 698.
Adenomyoma 525.
Addisonsche Krankheit s. Morbus Addisonii.
Addisons Keloid s. Morbus Addisonii.
Adipositas dolorosa 684; (Fressineau) 615.
Adipositas universalis 614.
Adrenalin (R. Ehrmann) 710.
Ainhum (Smith) 314.
—, Ätiologie des (Wellmann) 367.
Akanthoma adenoides cysticum (Csillag) 122.
Akanthosis nigricans 54. 223. 614; (Juliusberg) 441.
Akne 16. 25. 394. 441. 610. 612. 644. 645. 704. 705. 711.
— arteficialis s.. Dermatitis.
— cachecticorum s. Folliculitis skrofulosorum.
— skrofulosorum s. Folliculitis skrofulosorum.
— cornea s. Psorospermosis follicularis vegetans.
— exulcerans serpiginosa nasi 612.
— indurata 26.
— necroticans 13.
Akne rosacea s. Rosacea.
— teleangiectodes 612. 613.
— urticata 300.
— varioliformis s. Folliculitis varioliformis.
Aknebehandlung 677. 683; (Kromayer) 353; (Moochcowitz) 295; — mit Röntgenstrahlen (Varney) 18.
Aknekeloid (Taliani) 575.
Akrodermatitis atrophicans 560. 561.
Akromelie 730.
Akroparaesthesie 780.
Aktinomykosis 23.
— nach Hautverletzung (Okuniewski) 154.
— des Samenstranges (Grossmann) 658.
Aktinomykosisbehandlung mit Kupfersalzen (Bevan) 313.
Albinismus 225. 346.
Albuminurie 41. 418. 568. 570. 582. 590. 593. 685. 722. 726. 732; (Ballenger) 527; (Gaucher) 84; (Meltzer) 588.
— und Menstruation (Christin) 579.
— infolge von Prostataabscefs (Ballenger) 580.
— des Kindesalters, intermittierende (Dauchez) 294.
—, orthostatische (Aubertin) 580; (Charpentier) 295; (Courcoux) 580; (Kennedy) 581; (Novak) 580; (Teissier) 247; — und Scarlatina (Le Noir) 581.
— thermolytische (Strub) 580; — und Parasyphilis (Renaud) 580.
Aliberts Dermatose s. Mykosis fungoides.
Alkaptonurie und Ochronosis (Garrod) 866.
Alopecia 171. 446.
—, nach Fieberkrankheiten (Pinkus) 669.
Alopecia areata 21. 171. 319. 495. 614. 684. .685; (Campana) 574; (Jeanselme) 369; (Roscher) 72; —, Ätiologie der (Crocker) 658; — nach Trauma (Sprecher) 369; —, Kontagiosität der (Hallopeau) 251; — und Erythem (Ullmann) 226; — und Hypersensibilität (Ullmann) 226; — und

Nagelveränderungen (Wende) 22; —, Behandlung der 679; — durch Hyperämie unter Kompression (Nicolas und Favre) 295, — durch statische Elektrizität (Suquet) 573; — und Verhütung (M. Meyer) 656.
Alopecia congenita (Kingsbury) 647.
— en bande (Lebet) 441.
— traumatische 208. 307.
Alypin (Lohnstein) 502.
Alterswarzen s. Verruca senilis.
Anetodermia maculosa (Weidenfeld) 226.
Aneurysma (Busse) 268; (Kauff) 263; — nach subcutaner Jodkaliumdarreichung (Hedinger) 491.
Anämie 588.
Angina 615. 722.
— und Erythem (Lublinski) 719.
Angiokeratom (Grouven) 441.
Angioma 369. 614.
— der Brustdrüse, multiples cavernöses (Martini) 364.
— der Lider (Garrot) 364.
—, Selbstheilung des durch Ulceration (Nathan) 364.
Angiombehandlung mit Elektrolyse (Garrot) 364; (Lebon) 572.
Angiomegalie der Oberlider, symmetrische (Masson) 364.
Angioneurosen und Hautaffektionen (Dore) 567. 646. 698.
Angiotrophoneurose 641.
Anilinvergiftung 427.
Ankylostomum duodenale, Infektion von der Haut aus (Looss) 417.
Anthrax (de Rosa) 322.
Anuria calculosa 75.
—, Behandlung der plötzlichen (Kutner) 419.
Aphthae 615; — sublinguales malignae 686.
Apostem Zagel s. Kondyloma.
Area Celsi s. Alopecia areata.
Arhovin (Frank) 570. 606.
Arsen bei Infektionskrankheiten (Cremer) 394.
Arsenikneuritis (Conzen) 732.
Arsenkeratose (Cohn) 483; (Neisser) 483; — mit Arsenmelanose (Biach) 225.
Arsenmelanose 483; — mit Arsenkeratose (Biach) 225.
Arteriitis 414.
Arteriosklerosis 559. 593; (Bengsch) 414. 712. 727.
Arthritis 570. 604; (Elliott) 722.
Arzneiexantheme (Regidor) 718.
Aspergillus fumigatus, Giftwirkung von (Otto) 719.
Asphyxia 396. 413.
Asthma 705. 712.
Atheroma 610.
Atoxyl (Oplatek) 559.
Atrichie, totale angeborene und bleibende (C. Hoffmann) 417.
Atrophia 191. 431. 440. 448. 456. 460. 462. 529. 536. 539. 705. 730; (Pinkus) 12.
— cutis 459; (Jadassohn) 483; (Ullmann) 235; — diffusa (Roth) 359; — idiopathica 393. 614; (Oppenheim) 235; (Busch) 392; — —, Vorstadium der 641; — —, erworbene, progressive (Thimm) 392; — maculosa (Oppenheim) 393. 560.
— des Hodens 519.
— der Nägel 370.
—, halbseitige des Gesichtes 239; (Lebet) 208. 441.
— senilis 454. 458. 460. 466.
Aufklebemethode für Paraffin- und Celloidin-Serien und für Hautschuppen (Kraus) 125.
Augenerkrankungen und innere Krankheiten (Höring) 669.
Auspitysche Dermatose s. Granuloma fungoides.
Azoospermie s. Impotentia.

Bacillurie 582.
Bacillus involutus 128; (Waelsch) 421.
— pyocyeneus, Allgemeininfektion durch den (E. Fränkel) 721.
Bakteriurie 504; (La Roque) 582.
Balanitis 128. 129. 153. 183. 207. 479. 499. 500. 504. 615.
— circinata (Scherber) 488.
— erosiva und gangraenosa (Scherber) 488.
— ulcerosa 489.
Balanoposthitis 125. 205.
Balsamica 270. (Vieth) 270.
Bartholinitis 153.
Bartholinische Drüsen s. Glandula vestibularis.
Bartflechte s. Sykosis.
Becquerelstrahlen (Schmidt) 33.
Befruchtung, künstliche (Féré) 294.
Beigels Krankheit s. Trichorrhexis nodosa.
Bence-Jonessche Albuminurie s. Albuminurie, thermolytische.
Beobachtungen, interessante (Grossmann) 653.
Bergen, Besuch in (Fordyce) 22.
Bilharzia-Krankheit s. Hämaturie.
Bindehautentzündungsveränderungen (Mayou) 180.
Blah 331.
Blase, Form der menschlichen (Lichtenberg und Völcker) 424.
Blasenbildung 640.
Blasenepithel, Metaplasie des (Heymann) 73.
— -Schleimhaut, Histologie der (Rigal) 508.

Blasenepithel-Verschluſs und -Entleerung (Leedham-Green) 73. 495. 510; (Oppenheim und Löw) 944.
Blaseneruptionen (Corlett) 699.
—, Klassifikation der (Bowen) 26; (Bronson) 27.
— des Gesichtes, rekurrierende (Stepherd) 80.
—, artefizielle? (Dreyer) 642; (Hollstein) 642.
Blasendivertikel (Lediard) 509; — des Kindes (Wildt) 509.
— -Fremdkörper (Grosglik) 425; (Luys) 411; (Ray) 511; — beim Kinde (Duvard) 425.
— -Geschwür (Okuniewski) 154.
— -Hyperästhesie (Foote) 510; (Ravogli) 424.
— -Infektion, amöboide (Dill und Musgrave) 425.
— -Lähmung 523; (Wolff) 565.
— -Malakoplakia (Güterbock) 508; (Wildbolz) 207. 488.
— -Ruptur (Alglave) 650; — traumatische (Morel) 293.
— -Spalte, angeborene, Therapie der (Hinterstoisser) 430.
— -Steine 17. 419. 511. 649; (Gansen) 506; —, Behandlung der (Löwenhardt) 428; (Hagmann) 75.
— -Tumoren (Duhot) 506; (Fischer) 511; (Guyon) 511; (Weinstein) 506; — bei Farbarbeitern (Schedler) 426; — -Behandlung (Keydel) 493; (Leschnew) 494; (Treplin) 511.
— -Überfüllung (Hamman) 424.
— -Verletzung (Fedoroff) 347.
Blasen-Ausschabung (Strauss) 428; — und Perforation (C. Stern) 508; (Strauss) 512.
— -Injektionen (Mac Munn) 507.
— -Operation, intravesikale (Klose) 427.
— -Plastik (Baldassari) 508.
— -Spülung (Ehrenfest) 74. 507; (Southard) 508.
Blastemlehre (Benedikt) 672.
Blastomykosis 23. 300; (Fabry) 208. 441.
— -Behandlung mit Kupfersalzen (Bevan) 313.
Blennorrhoea 15. 29. 75. 128. 172. 206. 207. 240. 241. 253. 270. 319. 403. 404. 422. 425. 486. 488. 502. 512. 517. 519. 565. 570. 615. 631. 651. 665. 669. 670. 677. 679; (Bukovsky) 702; (Doctor) 135; (Roscher) 72.
—, Anatomie der (Lohnstein) 76.
— -Infektion (Johnson) 608; — und Verantwortlichkeit des Arztes (Clark) 599.
— beim Manne (Canon) 609; (Ullmann) 599; — und Brustdrüsenveränderungen (Truffi) 297; — und Gonosanbehandlung (Laar) 606.
Blennorrhoea beim Weibe (Johnson) 608; (Mac Monagle) 599; — im Wochenbette (Aug. Mayer) 608.
— beim Neugeborenen 601.
— beim Säuglinge, mit Gonokokkämie (Hocheisen) 603.
— und Urin (Combéléran) 28.
— und Bilharzia-Erkrankung (Böhme) 73.
— acuta (Clark) 19.
—, konstitutionelle (Sugget) 17.
— des Auges 603; (Greef) 601; —, Behandlung der (Bernheimer) 601; — mit Sophol (Herff) 608.
— der angeborenen Penisfistel (Dreyer) 75.
— urethrae 700; — und Folgezustände (Calderone) 351; —, Behandlung der (Regenspurger) 604.
Blennorrhoische Arthritis 486; —, Behandlung der (Aronstein) 605; — nach Bier (Secchi) 603.
— Conjunctivitis 670; — der Neugeborenen 603; —, Histologie der (Schridde) 607.
— Cystitis 425. 606; —, Behandlung der (Desnos) 607.
— Deferentitis 519.
— Epididymitis 207. 486. 599. 604; (Hennig) 348; (Lefur) 573; (Stabel) 603; —, Prophylaxe der (Neuberger) 486; —, Stauungsbehandlung der (König) 607; — — mit Epididymotomie (Bazet) 249. 516.
— Exantheme (Grossmann) 654; (N. Meyer) 74.
— Folliculitis (Cronquist) 15.
— Funiculitis 604.
— Gelenkentzündungen 670; —, Behandlung der (Le Bihan) 604.
— Gicht und Seminalvesikulotomie (Fuller) 19.
— Iritis 486; (Lehmann) 600.
— Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne Schleimhautblennorrhoe (Schultz) 602.
— Nebenhodenentzündung, Behandlung der (Schindler) 487.
— Ophthalmie (Wylie) 18.
— Orchitis 604.
— Phlegmone (Schwarz) 602.
— Prostatitis 511. 573. 599. 604; (Bierhoff) 74.
— Septikämie und Pyämie (Lemierre) und Faure) 602.
— Strikturen 410.
— Urethritis 384. 425. 510. 599. 606; — neuer Pinselapparat zur Behandlung der (Leistikow) 284.
— Vulvovaginitis, Epidemie unter Kindern (Cotton) 607.
Blennorrhoischer Eiter, Histologie des (Gutmann) 239; (Lohnstein) 347; (Pelagatti) 350.

Blennorrhoischer Prostataabscefs 526. 580.
— Rheumatismus 677.
Blennorrhoisches Sekret (Neuberger) 485; — und Gonokokken (Urata) 601; (Winkler) 486.
Blennorrhoebehandlung 207. 270. 644; (Clark) 19; (Schädel) 600; (Stefanescu) 604.
— mit Albargin (Vesescu) 605.
— mit Arhovin (Erdös) 710; (Frank) 570. 606; (Kaiser) 609; (Schweitzer) 697.
— mit Balsamica (Kaufmann) 648; —, Nebenwirkungen der (Vieth und O. Ehrmann) 710.
— mit Gonosan (Renault) 573.
— mit Gonosan und Santyl (Boss) 605.
— mit Santyl (Bottstein) 607; (Lilienthal) 396; — und anderen Sandelpräparaten (Sachs) 607.
— mit Novargan (Schwarz) 605.
— mit Thigenol (Arman) 715.
— mit Jod (Davidow) 700.
— mit Aspiration (Strebel) 287; (Lefur) 578; (Th. Mayer) 899.
— mit Injektionen (Canon) 609; — mit Dynamoinjektor (Filaretopoulo) 176.
— mit Flaschenspritze (Bernstein) 78.
— mit Höllensteininstillationen und Zinkbougies (Balzer und Tansard) 249.
— mit Stauungshyperämie (Jacoby) 604.
— mit Licht 270.
—, Wäscheschutz bei (Philip) 609.
Blennorrhoea-Prophylaxe (Schücking) 894; —, persönliche (Cronquist) 599.
Blepharitis scrophulosa 108.
Blepharochalasis s. Angiomegalie.
Blitzschlag (Sonnenburg) 31.
Blutplättchen (Wright) 672.
Blutschwitzen 705.
Blutungen s. Hämorrhagien.
Blutvergiftung 727.
Borken-Ringwurm s. Trichophytia.
Bouba s. Framboesia.
Brightsche Krankheit s. Morbus Brightii.
Bromakne s. Bromexanthem.
Bromexanthem 719; (Mucha) 236; (Zumbusch) 236; — bei Morbus Basedowii (Uhlich) 718.
Brunstorgan der Gemse (Riehl) 237.
Bubonen 145. 409. 685.
—, erweichte idiopathische (Gassmann) 202.
Bubonenbehandlung 317; (Böhme) 494; (Groenou) 298; (Moses) 319; (P. Richter) 319; — mit Röntgenstrahlen 207. 270.

Calcariurie (Tobler) 587.
Callus 28; — und Fufsstellung (Hardaway und Allison) 27.
Cancroid 26. 126. 279. 559. 679. 681.
Carcinoma 19. 26. 37. 46. 48. 52. 99. 107. 146. 160. 223. 236. 241. 242. 256. 260. 264. 279. 282. 283. 297. 298. 369. 389. 404. 426. 427. 431. 492. 499. 504. 557. 579. 582. 592. 615. 643. 673. 679. 683. 685. 704; (Audry) 244; (Beer) 259; (Coenen) 357; (Gaucher) 84; (Ravogli) 558; (Sandman) 388.
—, eine parasitäre Erkrankung (Butlin) 355.
— und protozoenähnlicher Mikroorganismus (Schmidt) 355.
— -Entstehung und Licht (Hyde) 357.
— -Histologie (Coenen) 357.
— und Ulerythema centrifugum (Schmidt) 72.
— auf Schleimhautleukoplasien (Reclus) 360.
— der Brust 298; — und Hautmetastasen (Malinowsky) 490.
— des Gesichtes (Woodward) 360.
— der Lippen 297.
— des Zahnfleisches (Droumaguet) 358.
— der Zunge 153. 297; (Jahr) 361; (Kanitz) 359.
— des äufseren Ohres (Serre) 360.
— der Blase 208. 511.
— der Clitoris (Róna) 597.
— des Hodens mit Metastasen der Lunge (Nennenga) 519.
— der Niere, Stein simulierend (Grosglik) 566.
— des Penis 125; (Cabot) 18; — und Amputation (Sexton) 421.
— der Prostata 419; (Bulkley) 524; (Hallopeau) 527; (Kümmell) 523; (Motz und Majewski) 524.
— der Vorhaut mit Intoxikation (Mori) 655.
—, ungewöhnliches (Glimm) 358.
— der Haustiere (Jensen) 356; —, des Hundes (Sticker) 357.
Carcinombehandlung 681. 682. 683; (Kümmell) 523; (Serre) 360; (Young) 524.
— mit Abtragung der Brust und lymphangitisches Ödem des Armes (Poirson) 358.
— mit kaustischer Pottasche (van Harlingen) 400.
— mit Elektrizität (Strebel) 358.
— mit Radiumstrahlen (Schücking) 359; — und Röntgenstrahlen (Schiff) 360.
— mit Radiotherapie 297; (Kanitz) 359; (Löser) 359; (Suquet) 652; —, Galvanokauter und Exzision (Woodward) 360.
Chalazion 208. 256.
Cheiropompholyx, Anatomie des (Nestorowsky) 239. 289.
Chloasma 614. 704. 706.

Chylocele 505.
Charlouissche Krankheit s. Framboesia.
Cascadoe s. Tinea imbricata.
Cervicitis 534.
Chinineruption (Joanitzescu und Avramescu) 720.
Chemie, Repetitorium der (Arnold) 412.
Christiania, Besuch in (Fordyce) 22.
Chrysophansäure (C. J. Fox) 710.
Circumcision (Fels) 421.
Coitusverletzungen (Zikmund) 596.
Conjunctivitis 630. 726.
— phlyctaenulosa 106. 108. 669.
Cornu cutaneum 614.
Cowperitis 319.
Creeping disease s. Larva migrans.
Cutis anserina 17; (Pinkus) 392.
— laxa (Cohn) 483.
Cylindroma epitheliale (Polland) 279.
Cylindruria 418; (Amato) 593; (Emerson) 592; (Gaillard) 592; (Meltzer) 588; —, Experimentelle Untersuchungen über (Wallerstein) 594.
Cystalgien der Frauen (Rochet) 404.
Cyste 498. 500. 515. 615.
Cystitis 21. 384. 404. 421. 426. 427. 428. 494. 502. 506. 507. 510. 523. 527. 565. 711.
—, Ursache und Verhütung der (Taussig) 429.
— durch Katheterisierung, Prophylaxe der (P. Richter) 507.
— trigoni chronica der Frau, Anatomie der (Heymann) 73.
— cystica (Giani) 507.
— en plaques (Güterbock) 508.
Cystitisbehandlung (Hochheim) 511.
Cystoskop 427; (Newman) 503; — und praktischer Arzt (Vogel) 503.
— mit direkter Belichtung (Luys) 411; (Cathelin) 503.
— nach Maisonneuve (Ringleb) 424.
— Stativ für (Frank) 504.
Cystotomie, suprapubische (Terry) 18.
Cystinurie (Mc Kim, Marriot und Wolf) 582.
Cytorrhyktes s. Syphiliserreger.
Cystotomia suprapubica bei kleinen Kindern (Mendès) 649.

Dajak-Krätze s. Tinea imbricata.
Dajakschurft s. Tinea imbricata.
Danielsen-Boecksche Krankheit s. Lepra anaesthetica.
Dariersche Krankheit s. Psorospermosis follicularis vegetans.
Decubitus (Jolieu) 30; — bei Dementia paralytica (Saillant) 30.
Deferentitis pelvica (Nobl) 517.
Delhi-Beule 316.
Dercumsche Krankheit s. Adipositas dolorosa.
Dermatitis 339. 430. 443. 447. 612. 713.
— arteficialis 403; — durch Haarfärbemittel (Bohač) 85; — durch Primula obconica (Pelanz) 726; — durch Scillablätter, tödliche (M. Mayer) 727.
— bullosa 26. 35. 700.
— exfoliativa 244; — neonatorum (Hedinger) 290.
— gangraenosa, infektiöse (Wende und Bentz) 698.
— herpetiformis s. Hydroa.
— lichenoides pruriens s. Prurigo.
— nodularis psoriasiformis 698; (Marcuse) 13.
— repens (Meade und Freeman) 645.
— seborrhoica 704. 705.
— ulcerativa 316.
— universalis 72.
— venenata durch Rhus Toxicodendron (McKee) 721.
— chronische, warzenartige der Hände (Bosellini) 351.
Dermato-Urologische Gesellschaft, Japanische, Kongreſsbericht 655.
Dermatologenkongreſs, sechster Internationaler 732.
Dermatologie als Untersuchungsfeld (Hartzell) 646.
— Anerkennung der in Amerika (Corlett) 24.
—, Geschichte der (Manassein) 349. 395. 495. 564.
—, Stellung der in der Medizin (Lesser) 370.
—, Dr. Unnas Herbstkurse 269.
Dermatologische Gesellschaft, Deutsche, Kongreſs der 46. 207. 433.
Dermatomykosis chron. figurata exfoliativa seu Dermatomykosis Koerab s. Tinea imbricata.
Dermoepidermolyse (Bossellini) 498.
Dermographismus 482. 533. 535. 537. 642.
Dermoid 426.
Devergiesche Krankheit s. Pityriasis rubra pilaris.
Diabetes 136. 253. 308. 311. 442. 512. 579. 590. 591. 615. 705; (Bengsch) 414; (Gaucher) 84.
— mellitus 588.
Diabetes und Stauungshyperämie (Grube) 677.
Diät, kochsalzarme (Widal) 248.
Diagnose (Jacobi) 208. 440.
Diagnostisches Hilfsmittel (Jullien) 408.
Diathese, hämorrhagische (Fr. Meyer und W. Neumann) 722.
Diathesische Hautkrankheiten (Danville) 667.
Diphtherie 669.
— Papeln 534.
Diphtherieserum-Eruptionen (Clavel) 718.
Duboissche Krankheit s. Syphilitischer Thymusabscefs.

Duhringsche Krankheit s. Hydroa.
Dysidrosis s. Cheiropompholyx.
Dystrophia unguium 614.

Ecchymosen 686. 704. 705. 725.
Echinococcus cysticus multiplex der Leber (Tyrman) 255.
Ehe-Hygiene bei den Hindus (Valentino) 249.
— -Scheidung (Mutz) 18.
Eisen-Imprägnation in Geweben, besonders den elastischen Fasern (S. Ehrlich) 674.
Ektodermtumoren 685.
Ekzema 19. 25. 29. 106. 122. 237. 382. 360. 369. 386. 394. 441. 561. 568. 578. 611. 633. 644. 699. 704. 705. 706. 711. 715; (Blaschko) 483; (Danville) 667; (Pinkus) 311.
—, Ätiologie des (Hallopeau) 557.
— nach Jodvasogen (Heine) 727.
— der Geschlechtsteile 705.
— der Hände 717.
— der Lippen nach Mundwasser (Galewsky) 728.
— des Naseneinganges 712.
—, artefizielles s. Dermatitis.
— carcinomatosum mammae s. Pagets disease.
—, generalisiertes 124; (Grossmann) 653.
—, impetiginöses 612.
— madidans 726; —, Behandlung des in Mont-Dore (Moncorgé) 578.
— marginatum circumscriptum femorale 684.
—, neurodermitisches, mit Asthma (Jadassohn) 477.
— recurrens 26.
— seborrhoicum 79. 99. 212. 612. 633. 711. 713. 715.
— scrophulosorum 440.
— solare 632.
— squamosum 26. 713.
—, trockenes 712. 713.
Ekzembehandlung 208. 677. 679. 682; (Griffon) 296; (Lukasiewicz) 310; (Pinkus) 311.
— mit flüssigem Asphalt (Dind) 478.
— mit Olivenöl (Marumo) 655.
Elektrizität 131. 132. 308. 358. 413. 512. 586. 682. 717; (Chanoz) 652; (Gregor) 719; (Laplaze) 652; (Lebon) 572; (MacKee) 23; (Metscherski) 573; (Suquet) 573; (Turner) 588.
Elephantiasis 48. 72. 505. 613. 614. 644. 706; (Heidenhain) 562; (Metscherski) 556.
— der Kopfschwarte, erworbene (v. Saar) 352.
— des Skrotums und Operation (Logerais) 411.
Elephantiasis arabum 352.
— Aretaei s. Lepra nodosa.
— congenita (Grossmann) 654; (Lange) 671.
— dura 352.
— mollis 352.
Elephantiasisbehandlung, operative (Bolle) 324.
Endocarditis 593. 604.
Endothelioma 282. 283.
Enésol (Bogrow) 556.
Enuresis s. Incontinentia urinae.
Epheliden 15. 231. 236. 396. 633.
— -Behandlung mit Finsenlicht (Jadassohn) 483.
Epidemien-Abhaltung in der Schule (Rénon und Chaillou) 666.
Epidermiditis linearis migrans s. Larva migrans.
Epidermolysis bullosa 346; (Savill) 728; (Swoboda) 235; — hereditaria 700; (Bosellini) 498; (Grimm) 729; (Petrini) 702; — und Abwesenheit elastischen Gewebes (Engman und Mook) 24; — und Röntgenstrahlen (Berger) 14.
— traumatica congenita (Ullmann) 226.
Epididymitis 207. 317. 512. 517. 615.
Epistaxis, repetierende (Hawthorne) 364.
Epispadia 419. 513.
Epithelioma s. Carcinoma.
— adenoides cysticum s. Akanthoma adenoides cysticum.
—, benignes 283.
— contagiosum 153. 442. 614; (Oppenheim) 231.
Epitheldefekte und Epidermisierung (v. Voss) 667.
Erfrierung 356; (Sonnenburg) 31.
—, Behandlung der (Ohno) 399.
Ergotin-Gangrän (McKay) 725.
Erysipelas 13. 27. 34. 598. 610. 632. 646. 673. 685. 686. 704. 709; (Hancock) 324; (Krzyszkowski) 328.
— und Blutkrankheiten (Stadler) 323.
—, Einwirkung des auf Tumoren (Kappes) 673.
— des Gesichtes 322.
— gangraenosa 685.
— persistans faciei 415.
Erysipelbehandlung (Bragagnolo) 322; (v. Kaczvinszky) 323; (Krzyszkowski) 323.
— mit Kampfer (Mayer) 323; — mit Mesotanvaselin (Ruhemann) 322; — mit Serum von Behring (Mastri) 323.
Erythema 226. 229. 231. 330. 592. 396. 439. 513. 568. 636. 637. 642. 647. 653. 682. 691. 699. 704. 713; (Marcuse) 72.
— und Angina (Lublinski) 719.
— der Schleimhaut (Glas) 37.
— der Vulva 205.

Erythema annulare chronicum 610.
— circiné tertiaire s. Syphilitisches Erythem.
— congestivum 41.
— contagiosum s. Erythema infektiosum.
— epidemicum (Moussous) 93.
— exsudativum multiforme 27. 34. 52. 610. 718. 719; (Garceau) 37; — desquamativum (Brown) 18.
—, fleckiges meningitisches 686. 720.
— induratum 390. 484; (Grouven) 440; (Kraus) 354; (Toyama) 655; — scrophulosorum 106.
— infectiosum 610. 686. 719; (Detot) 88; (Fleischer) 93.
— keratodes (Garceau) 256.
— multiforme 704. 706; —, chronisches, rezidivierendes, juckendes (Afzelius) 390.
— nodosum 236. 610. 704. 719; (Meara) 354; (Wechselmann) 13.
— papulatum und hochfrequenter Strom (Gregor) 719.
— paralyticum 561.
— pemphigoides (L. Franckel) 720.
— pernio 531.
— perstans (Galewsky) 441; (Wende) 125; — faciei (Kreibich) 443.
— polymorphum s. Erythema multiforme.
— scarlatiniforme 38.
— septicum 41.
— simplex 704.
— toxicum 41.
— urticatum 34.
Erythrasma Baerensprung s. Ekzema marginatum circumscriptum femorale.
Erythrodermia 483; (Wechselmann) 13.
— exfoliierende 560; —, generalisierte (Cohn) 441.
— en plaques disseminées s. Ekzema.
— exfoliativa 14. 124.
— pityriasique s. Ekzema.
Erythromelalgia 301. 686; (Löbl) 37; (Pospélow) 730; (Ury) 730.
Erythromelie 235. 561. 642. 730.
Etemane s. Tinea imbricata.
Eusulfinseife (Goliner) 711.
Exantheme, akute, Inkubationszeit und Diagnose der (Hand) 38.
Exkoriationen 611.

Faltenzunge 534; — symmetrische kongenitale (Dagenneville) 258.
Favus 29. 171. 231. 394. 613. 665. 679. 681; (Grossmann) 654.
— serpiginosus (Pick) 227.
— -Varietät, psoriatische (Constantin und Boyreau, M. 544.
Fetthals Madelung s. Lipoma, diffuses symmetrisches des Halses.
Fettsekretion und Knäueldrüsen (Lombardo) 351.
Fettsucht s. Flatulenz.
—, schmerzhafte s. Adipositas dolorosa.
Fibrinurie 427.
Fibroma 363. 369. 426. 492.
—, generalisiertes (Sarazanas) 363.
—, miliares, der Follikel (Dubreuilh) 246.
— molluscum 236. 614; — und Heredität (Lange) 671; — gravidarum (Brickner) 363.
Filaria 341. 685.
— nocturna (Sherrey und McDill) 586.
Filatow-Dukessche Krankheit s. Morbus Filatow-Dukes.
Fingerabdrücke (Bateson) 431.
Fingerinfektionen der Ärzte, Verhütung und Behandlung von (P. Richter) 370.
Finsen-Institut s. Phototherapie.
Fissura ani 504. 652.
Fistel 696.
— des Penis, angeborene (Dreyer) 75.
Flaschenspritze (Bernstein) 78. 348; (Blanck) 240.
Flatulenz 253. 586. 705.
Flecktyphus (Marcovich) 94.
Flexomykosen 394.
Fliegenlarven, Zerstörung beider Augen durch (Schultz-Zehden) 416.
Flüssige Luft gegen Hautveränderungen (Trimble) 417.
Folliclis 448; (Leiner und Spieler) 560.
Follikulitis 304. 309. 351. 401; (Marcuse) 13.
— sycosiformis 683.
— scrophulosorum 447. 611. 685; (Brandweiner) 225; (Jadassohn) 477; (Kren) 355; (Nobl) 235.
— staphylogenes vegetans (Truffi) 352.
— varioliformis 613.
Framboesia 23. 79. 325. 329. 340. 367. 684; (Breda) 558; (Castellani) 314.
—, experimentelle (Neisser, Baermann und Halberstädter) 616.
Frauenmerkblatt, das neue 172.
Frostbeulen s. Perniosis.
Funiculitis, lympho-toxische (Ménocal) 293.
Fremdkörper, Entzündung durch 676.
Furunkel 29. 309. 319. 611. 704; (Nekwasil) 319.
— des Gesichtes und metastatische Eiterungen (Manasse) 321; — des Ohres (Broca) 321.
Furunkelbehandlung 676. 677. 678. 683; —, innere 321.

Galea norvegica 300.
Ganglion auf dem Fufsrücken (Bonin) 365.
Gangraena 85. 96. 153. 183. 207. 567 653. 677. 685. 686; (Cotte) 34;

(Gaucher) 84; (Gellis) 235; (Jullien) 256; (Róna) 485; (Schröder) 84.
Gangraena durch Eisapplikation (Walter Müller) 33.
— des Mundes 29.
— der Finger durch Ergotin (McKay) 725.
— cutis acuta multiplex (Clason) 389; (Zieler) 315.
— diabeticorum der Großzehe (Bengsch) 414.
— hysterica (Le Gall) 36.
— neurotica 638. 639; (Róna) 36.
— phlegmonosa vulvae (Góth) 598.
— senilis (Frommer) 412.
— spontanea multiplex (Bannwart) 413.
— symmetrische 418; — der Extremitäten bei Kindern (Sommelet) 413.
Gaundan (Wellmann) 367.
Gasphlegmone 685.
Gefäßrupturen s. Rhexis.
Genickstarre 720.
Geschlechtskrankheiten 172. 370. 406. 482.
— -Erreger (v. Brunn) 669.
— und Krankenversicherung (Eisenstadt) 394. 495.
— der Neger (McHatton) 17.
—, unverschuldete (Ries) 564.
—, Kampf gegen die (Tuffier) 732.
—, Schutzmittel gegen (Blokusewski) 395.
—, Prophylaxe der (Carle) 651; — durch Aufklärung (Pr. A. Morrow) 732; — in welcher Weise (Carier) 732; (Lewis) 732; (Whiteside) 732; — und Ärztepflicht (Herdmann) 732.
— und Pflicht des Staates (Holton) 732.
Geschlechtskrankheitenbehandlung mit Stauungs- und Saugtherapie (Ullmann) 677.
Geschlechtsleben der Tiere und Epidermoidalgebilde (Ohler) 668.
Geschlechtsorgane, Flora der im gesunden und kranken Zustande (Karwacki) 127. 499. 575.
Geschlechtsverkehr (Lederer) 348.
Giberts Krankheit s. Pityriasis rosea.
Glandula vestibularis (Jambon) 597; (Thomas) 597.
Gleet s. Morgentropfen.
Gliom 679.
Glossitis arcata chronica (Calderone) 498.
— exfoliativa superficialis chronica 685.
Glykogen in der Haut (Brunner) 492.
Glykosurie 570; (Kaplan) 539; (Simpson) 590.
Gogo s. Tinea imbricata.
Gomogom s. Tinea imbricata.
Gonococcus und Diplococcus intracellularis meningitidis (Ruppel) 664.
—, Immunkörper gegen (Bruck) 664.
Gonosan (Ganz) 606; (Zorn) 565.
Gorap s. Tinea imbricata.
Granuloma fungoides 684.
Granulosis rubra nasi (Hallopeau) 176. 558; (Jadassohn) 477; (MacLeod) 645.
Grippe 686.
Grubys Krankheit s. Trichophytia.
Gumma 85. 86. 126. 156. 143. 148. 183. 197. 198. 199. 200. 205. 206. 241. 250. 258. 259. 264. 389. 397. 442. 492. 577. 643. 670. 700. 712. 716; (Gaucher) 84. 86; (Lieven) 74; (Sowinski) 499; (Wiedel) 258.
— -Anatomie (Sowinski) 204.
— -Infektiosität (Zedlewski) 203.
— der Augenlider (Narich) 256.
— des Gehirns (Goldzieher) 291.
Gune s. Tinea imbricata.
Gutachten Liszts 565.

Haarausfall s. Alopecia.
Haare, Rassenunterschiede der (Frédéric) 658.
Haarfärbemittel (Tomasczewski und Erdmann) 430.
Haarhygiene (Jacquet) 349. 408.
Haarimplantation (Kapp) 169.
Haarpigmentierung durch Röntgenstrahlen (Imbert und Marquée) 652.
Haarschwund s. Alopecia.
Haarzunge 213.
Hämatocele 505; — des Nebenhodens (Bodiou) 516.
Hämatochylurie (Sherrey und McDill) 586.
Hämatodermatitis, skarlatiniforme, geheilt durch Knochenmark (Leredde) 574.
Hämatoporphyrinurie 13.
Hämaturie 511. 527. 570. 722. 724; (Böhme) 73; (Gunn) 154; (Legueu) 583; (Shiels und Levison) 596; (Vogel) 583; — durch Hefe (Wohlauer) 563.
— Sydenham 686.
Hämobilinurie 484. 583.
Hämoglobinurie (Eason) 585; (Legrain) 649.
—, paroxysmale (Donath und Landsteiner) 584; (Eason) 585; (Hornus) 584.
Hämophilie 364. 421. 583. 724.
— bei Neugeborenen (Larrabee) 721.
Hämophiliebehandlung (Coe) 722.
Hämorrhagien 440 451. 453. 454. 465. 466. 467. 468. 469. 524. 529. 530. 532. 533. 535. 536. 537. 540. 541. 547. 635. 672. 674. 721. 722. 724. 725. 729.
— aus dem Harnapparat, Verhalten des praktischen Arztes bei (Kutner) 419.
Hämorrhagienbehandlung mit Calciumsalzen (R. H. Fox) 726.
Hämorrhoiden 482. 570. 652. 686. 706. 712. 717.

Händewaschen (Hopf) 665.
Hapalonychia 369.
Harn s. Urin.
Harnblase s. Blase.
Harnleiter s. Ureter.
Harnzylinder s. Cylindrurie.
Harnorgane, Echinococcus der (Brüning) 641.
— Anomalien der (Lesniowski) 418.
Harnröhre s. Urethra.
Harnsteine 502; (Deroux) 650.
Harnstoffretention 588.
Harnweg-Erkrankungen (Posner) 512; — bakterielle 425; —, Behandlung der (Meyer) 420.
Harnwege, Desinfektion der (Klimek) 502; (Mandrila) 502.
Haut, Schutzfunktionen der und künstliche Bedeckungen (Wills) 17.
Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten (Dore) 567. 646. 698.
Hautdiphtherie (Keelis und Jacob) 316; (Lack) 316.
Hautdrüsen-Modifikation in der Umgebung von Mund und Nase (Kormann) 667.
Hautentzündungen und heifse Bäder (R. Richter) 676.
—, akute, und Stauungshyperämie (Nordmann) 677.
—, neuropathische (Kreibich) 490.
Hauternährungsstörungen nach Hirnhemisphärenzerstörungen (Campana) 574.
Hautfalten am Hinterhaupt (Jadassohn) 484.
Hautfarbe der Neger (Frédéric) 659.
Hautveränderungen nach Kältewirkung (Podvysoski und Pirone) 661.
Hauthygiene (Jacquet) 349. 408.
Hautinfiltration, kleinzellige (Gebert) 672.
Hautkrankenabteilung Frankfurt a. M., therapeutische Mitteilungen aus der (Herxheimer) 644.
Hautkrankheit, bisher nicht beschriebene 208.
—, schuppende, pigmentierte, kreisrunde (Toyama) 655.
Hautkrankheiten, Handbuch der (Mraček) 178,
— -Atlas, Supplement zum (Jacobi) 300.
—, Häufigkeit der (Allen) 558.
— -Pathologie sonst und jetzt (Woodhead) 669.
— und Blutveränderungen (Minassian) 654.
— und Consanguinität der Eltern (Adrian) 346.
— und Menstruation (Bulkley) 704.
— und innere Krankheiten (Bulkley) 705.
— und Stoffwechsel (Brocq und Ayrignac) 88.
— und Sexualität (Marcuse) 709.
Hautkrankheiten und Urin (Combéléran) 28.
—, universelle, und Wärmeregulation (Linser) 124.
— und Versicherung 208.
Hautkrankheitenbehandlung (Marcuse) 676.
—, externe (Steiner) 715.
—, opsonische (Pernet und Bunch) 646. 698.
—, physikalische (Rookwell) 18.
— mit Röntgenstrahlen (O. Bloch) 19; (Stelwagon) 25.
— mit Stauungs- und Saugtherapie (Ullmann) 677.
— mit Thigenol (Arman) 715.
Hautnerven-Topographie (Blaschko) 298. 410. 574.
— -Verteilung (v. Frey) 660.
— und Wärmeregulierung (Zwonitzki) 660.
Hautphänomene, posthypnotische (Doswald und Kreibich) 634.
Hautphagedänie 316.
Haut-Regeneration (Podvysoski und Pirone) 661.
Hautresorption (Gerke) 675.
Hauttalg und Diät (Rosenfeld) 666.
Hauttemperatur (Podvysoski und Pirone) 661.
— -Messung (Weiss) 661.
Hautulcerationen, tropische (Strong) 316.
Hautveränderungen und Schwangerschaft (Baudéant) 669.
Hautzusammenhang bei Sauriern und Krokodilen (Krauss) 659.
Hebrasche Krankheit s. Folliculitis scrofulosorum.
Heirat (Mutz) 18.
Hemiplegia 459.
Henochs Krankheit s. Morbus Henoch.
Hermaphroditismus 252.
Herpes 27. 133. 482. 610. 704. 705.
— circinatus 711.
— gestationis 706; — rezidivierender (Bryan) 730.
— genitalis 706.
— de Manson s. Tinea imbricata.
— laryngis et pharyngis (Glas) 37.
— progenitalis 23.
— simplex recidivans mit atypischer Lokalisation (Török) 37.
— tonsurans s. Trichophytia.
— des Oesophagus (Holub) 729.
— zoster s. Zoster.
Herpesbehandlung mit Elektrizität (Fordyce) 23.
Hersmannsche Krankheit s. Morbus Hersmann.
Hetralin (Amo) 711; (Mick) 711.
Heufieber 705.
Hidradenom 208.
Hoden-Ektopie (Mauclaire) 246.

Hoden-Embryom (Fr. Meyer) 519; (Petrow) 514.
— -Entzündung, traumatische (Vibert) 519.
— -Nekrose (Law) 514.
— -Sekretion, innere (Gaulejac) 514.
— -Teratom-Proliferationen (Frank) 515.
— -Verletzungen durch Unfall (Balthazard) 295.
Hodensack-Tumoren der warmen Länder, Behandlung der (Thiroux und d'Anfreville) 504.
Höllensteinflecke, Entfernung der 108
Holyphlegmone (Bönninghausen) 322; — am Halse 685.
Homosexualität (Karsch-Haack) 180. 251. 471. 473. 474. 475. 476.
Hordeolum 208. 256. 630.
Hornsubstanz, neue Eigenschaft der (Golodetz) 109.
Huidklei s. Tinea imbricata.
Hundswut s. Lyssa.
Hydrargyrose s. Quecksilber.
Hydroa 26. 27. 312. 390. 409. 492. 574. 684. 700. 704; (Cohn) 483; (Jadassohn) 490; (Roscher) 72.
— und Blutzellen (Bushnell und Williams) 79.
— mit Indican im Urin (Engman) 83.
— und Lichtwirkung (Ehrmann) 297.
— aestivalis s. Hydroa vacciniformis.
— vacciniformis 13.
Hydrocele 517.
Hydrocelebehandlung 505; —, Instrument dazu (Belfield) 514.
Hydrocephalie 201.
Hydronephrose (Wildt) 509; — bei Wanderniere (Shiels und Levison) 596.
Hydrops toxicus (Quincke) 718.
Hygienische Reformgedanken auf biologischer Grundlage (Bachmann) 657.
Hyperhidrosis 14. 19. 28. 80. 289. 477. 482. 644. 645. 656. 704. 705. 713.
— und Fufsstellung (Hardaway und Allison) 27.
Hyperkeratosis 26. 684.
— suprafollicularis 16. 614. 647.
Hypernephrom (Grosglik) 566.
Hypertrichosis 26. 440.
— graviditatis (Herzl) 418.
Hypertrichosisbehandlung 681. 682; — mit Elektrizität (Chanoz) 652.
Hypertrophia labii 615.
— systematis sebacei s. Psorospermosis follicularis vegetans.
Hypospadie 513. 650. 705; — und Behandlung (Forthomme) 504.

Ichthyolbäder (Du Bois) 676.
Ichthyosis 307. 329. 331. 337. 611. 614; (Zumbusch) 236.
Ichthyosis congenita 346.
— follicularis s. Psorospermosis follicularis vegetans.
— hystrix 223.
— nitida (Nobl) 231.
— vulgaris 346.
Ichthyosisbehandlung (Jackson) 22.
Ikonographia dermatologica (Neisser und Jacobi) 300.
Ikterus 205. 363; — chronischer (Futcher) 363.
— neonatorum (Duguid) 416.
Impetigo 643.
— Bockhart s. Impetigo staphylogenes.
— bullosa 700.
— circumpilaris infantilis 684.
— contagiosa s. Impetigo vulgaris.
— herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten (Kugler) 312.
— staphylogenes 684.
— vulgaris 394. 613. 716; — und Stomatitis (Cushing) 312.
Impotentia 253. 488; — und Ehe (Posner) 512.
Impotenzbehandlung (Popper) 512; (Wright und Poyntz) 645.
Incontinentia urinae 419; (Galatzi) 649.
— —, essentielle (Bruni) 420.
— — und Behandlung (Lewis) 504; (Thursfield) 504.
Induration Hunter s. Initialsklerose.
Infizierungs-Vergehen 573.
Initialsklerose 5. 18. 21. 78. 79. 85. 106. 107. 128. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 151. 153. 182. 183. 185. 189. 202. 205. 206. 227. 229. 230. 232. 233. 234. 236. 254. 255. 256. 257. 267. 270. 301. 302. 303. 389. 398. 401. 411. 434. 437. 438. 439. 442. 478. 479. 480. 481. 482. 492. 493. 556. 558. 559. 627. 641. 643. 646. 649. 651. 670. 683. 685. 712; (Grossmann) 653; (Taylor) 21.
—, Differentialdiagnose (Thibierge) 133.
—, Autoinokulation der (Quentin) 132; — und Inokulation (Sabaréanu) 133.
—, extragenitale 21. 183. 437. 615; (Gaucher) 84; (Steinborn) 564; — des Lides (Kowalewski) 133; — der Lippe 150; (Nobl) 231; — — und Zunge (Bord) 569; — des Ohres (Bryane) 402; — —, des Kinns, der Wangen, der Stirn, des behaarten Kopfes (Lurz) 133; — der Mandeln (Babut) 250.
—, gangränöse (Gaucher) 84.
— und Heifsluftkauterisation (Hafemann) 134.
— -Vernarbung ohne Lokalbehandlung (Jones) 558.
Injektion, subcutane (Sakurane) 291.
Injektionsbesteck Blank (Hammer) 565.
Insektenstich 611; —, infektiöser 678.
Intertrigobehandlung bei Kindern (Wachenheim) 18.

ntoxikationen, Lehrbuch der (Kobert) 411.
odexanthem (Grossmann) 654.
odhaltige Mittel, neue (Fischer und Mering) 711.
odipinresorption (Peters) 675.
odopyrin (Haink) 712.
othion (M. Berliner) 712.

Kalkimprägnation in Geweben, besonders den elastischen Fasern (S. Ehrlich) 674.
Kalomelsalbe s. Syphilis-Prophylaxe.
Kaposis Krankheit s. Xeroderma pigmentosum.
Karbolgangrän s. Karbolnekrose.
Karbolnekrose (Cotte) 34; (Goulard) 727; (Möckel) 727; (Ramshorn) 34; (Schröder) 34; — und Alkoholbehandlung (Swisher) 34.
Karbunkel 319. 611. 677. 725.
Karbunkelbehandlung durch Röntgenstrahlen (Evler) 321.
Kasuistische Mitteilungen (Okuniewski) 154.
Katheterisieren, aseptisches (Krotoszyner und Willard) 419; —, Instrument dazu (R. Bloch) 506.
Keloid 21. 498. 614. 680; (Suarez) 362; (Taliani) 575.
—, multiples (Newman) 699.
Keratoma (Nobl) 230; — hereditarium palmare und plantare (Zumbusch) 287.
Keratosis diffusa 346.
— follicularis s. Psorospermosis follicularis vegetans.
— sebacea s. Psorospermosis follicularis vegetans.
—, intrafolliculäre 402.
— parenchymatosa 670.
— pilaris 807.
—, symmetrische, kongenitale, hereditäre der Extremitäten (Decroo) 307.
Keratosisformen, ungewöhnliche (Gutmann) 123.
Kilinai s. Tinea imbricata.
Koilonychia 369; (Jadassohn) 483.
Komedonen 610. 715.
Kondyloma 686.
— acuminatum 615. 643.
—, breites 136. 138. 144. 147. 149. 151. 189. 203. 643. 685.
— latum 397.
—, spitzes 183.
Kongreſs-Eindrücke, Bern (Speranski) 556.
— -Vorträge, Lissabon 558.
Korab-besi s. Tinea imbricata.
Korap s. Tinea imbricata.
Krampfadern s. Varicen.
Krätze s. Scabies.
Krankheit und Selbstmord (Ollendorff) 46.
Kratzwunden 360.
Krebs s. Carcinoma.
Krustenkrätze 684.
Kryptorchismus 650; — und Operation (Ware) 19.
Kune-Kune s. Tinea imbricata.
Kurap s. Tinea imbricata.

Lafa-Tokelau s. Tinea imbricata.
Larva migrans (Kengsep) 16. 416; (Neumann) 224; — und Behandlung (Hutchins) 127.
Leichentuberkel s. Lupus verrucosus.
Leiomyoma 369.
Leistendrüsen-Vereiterung (Boyreau) 409.
Leistendrüsentherapie (Migliorini) 317; (Volk) 317.
Lenicet (Amende) 712.
Lentigo 15.
Lepra 23. 102. 316. 333. 339. 367. 369. 562. 654. 699; (Unna) 125; (Zumbusch) 227.
— in Bibel und Talmud (Higier) 102.
— und Geistesstörungen (Beurmann, Roubinowitsch und Gougerot) 563.
— in Neu-Süd-Wales 1904 (Thompson) 104.
— auf Ösel (Talwik) 562.
—, Heredität der (Zambaco) 557.
— und Fischnahrung (Hutchinson) 177.
— -Verbreitung und Krätzmilben (Bassewitz) 102.
— bei einem Europäer (Graham) 103.
— des Mundes (Kren) 231.
— ophthalmica (Grossmann) 102.
— anaesthetica 684.
— maculosa (Zumbusch) 227.
— maculo-anaesthetica (Jadassohn) 484.
— maculo-tuberosa (Zumbusch) 227; — geheilt (Neumann) 103.
— mutilans 102.
— nodosa 684.
— tuberosa 613.
Leprabacillus 102. 104. 496. 563. 567. 685.
— -Ausbreitung und -Bekämpfung (Kirchner) 105.
Leprabehandlung in Lothringen (Roth) 103.
— auf den Philippinen (Wilkinson) 104.
— mit Röntgenstrahlen (Wilkinson) 104; (Lassar, Siegfried und Urbanowicz) 105.
Leukaemia 14. 121. 194. 270. 324. 672. 673. 682.
Leukoderma (Robbins) 414.
— nuchae 534.

Leukoderma psoriaticum 611; (Assmy) 310.
Leukokeratose 441.
— der Zunge (Grossmann) 654.
Leukonychia 370; — totalis (Bettmann) 395.
Leukopathia acquisita (Praetorius) 414.
Leukoplakia 631; (Joseph) 558; (Milian) 558; (Reclus) 360.
— und Syphilis (Trapenard) 258.
— lingualis (Gaucher) 84.
Leukorrhoe 602.
Lichen 213. 333. 401. 715.
— acuminatus 401.
— graecorum 685.
— lividus 225.
— pilaris. Hyperkeratosis suprafollicularis.
— planus 27. 38. 238. 401. 482. 492. 611. 681. 699. 706; (Afzelius) 386; (Moberg) 387. 388. 390. 391; (Nobl) 231. 235; (Oppenheim) 235; (Regensburger) 558; (Wallhauser) 20; (Weidenfeld) 225; — pemphigoides (Trautmann) 237; hypertrophicus (Moberg) 387. 391; —, streifenförmiger (Gumpert) 353; — verrucosus 401; —, atypischer (Roscher) 353; — vesiculosus 238.
— ruber planus s. Lichen planus.
— scrophulosorum s. Folliculitis scrophulosorum.
— simplex chronicus s. Prurigo.
— spinulosus (Bowen) 647.
— tropicus (Fletcher) 241.
— urticatus 610; — infantum 612.
Lichenbehandlung (Fletcher) 241; (Seifert) 124; — mit Röntgenstrahlen (Freund und Oppenheim) 353.
Lichenisierte Partien (Pinkus) 12.
Lichenoide Eruption mit Depigmentation 801.
Licht s. Phototherapie.
Lingua geographica s. Faltenzunge.
Lipoma 614. 654; — subkonjunktivales (Ahlström) 363.
—, diffuses symmetrisches des Halses 685.
— fibroma 685.
Lithämie 586.
Lues s. Syphilis.
Lupoid 701.
Lupus 21. 22. 84. 85. 106. 134. 139. 178. 208. 223. 316. 492. 598. 625. 626. 653; (Jadassohn) 483; (Moberg) 388; (Sandman) 386. 387. 391.
— und Syphilis (Longin) 107.
— im Kindesalter (Henri) 106.
— der Schleimhaut 151.
— angiomateux 179.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— exfoliativus 19.
— exulcerans 683.
— follicularis (Held) 641.
Lupus, hämatogener 440.
— mutilans (Jadassohn) 484.
— pernio 178. 179. 440; (Bloch) 483; — perstans (Lewandowsky) 483.
— pigmentosus 131.
— serpiginosus 131.
— teleangiectodes disseminatus 179.
—, tumorbildender (Heuck) 642.
— verrucosus 131; (Almkvist) 388; (Sandman) 387.
— vulgaris 19. 25. 26. 131. 208. 231. 319. 431. 491. 613. 614. 627. 645. 679. 680. 683. 704; (Dohi) 655; (Maruo) 655; (Moriyasu) 655; (Sandman) 388; (Sasakawa) 655; — mit Tierversuch (Miyata) 655.
— — in Ungarn (Huber) 491.
— — mit totaler Gaumen-Rachenverwachsung (Jadassohn) 490.
— — hypertrophicus 153.
— — postexanthematicus (Veress) 107.
— — und Röntgentherapie (Gidon) 572.
Lupusheilanstalt in Wien (Martial) 296.
Lupusbehandlung 270. 679. 680. 682. 683; (Jeanselme) 132.
— mit Alttuberkulin Koch (Leredde) 293.
— mit Licht (M. A. Morris) 130; (Wichmann) 131; — in Sankt Göran, Stockholm (Möller) 130; — im Hôpital Saint-Louis (Chatin) 409) — und Aesculin (Graham) 132.
— mit Radium 270; (Wichmann) 687.
— mit Röntgenstrahlen (Hunter) 129; (Williams) 19.
— mit Schwefelbädern und Liquor Van Swieten (Henri) 106.
—, chirurgische (Jaquot) 108.
—, kombinierte (Bloebaum) 131; (Strebel) 131.
Lusung s. Tinea imbricata.
Lymphangiektasie mit Lymphorrhoe (O. Müller) 644.
Lymphangioma 614. 674. 706.
— scroti 208.
— cysticum (Fabry) 208. 441; — circumscriptum (Grouven) 493.
— mit eosinähnlicher Entzündung (Cohn) 490.
Lymphangitis (Broca) 321; (Gaucher) 86.
Lymphodermia cutanea 700.
Lymphosarkoid (Gougerot) 700.
Lymphstase 706.
Lyssa 141. 142. 685.

Madurae, Streptothrix (Greco) 314.
Magdalenenstift, Skizzen aus einem (Rudolf) 564.
Mal de Pott s. Morbus Pott.
Malaria 23. 95. 185. 269. 363. 404. 459. 590. 591. 730.
Malleus 232; (Woodcock) 306.

Malum perforans pedis (Roscher) 72; (Titschack) 37.
— — und Nervendehnung (Betagh) 729; (Henry) 729.
Masern s. Morbilli.
Masturbation 172. 252. 258. 297. 423. 598; (Féré) 292; (Wild) 615; — in der Schule (Thomalla) 174.
Mastzellen 262. 364. 365. 643; (Schwenter-Trachsler) 47. 114.
Maul- und Klauenseuche, Schutzimpfung gegen (Loeffler) 311.
Medizinalkalender (Wehmer) 703.
Megalerythema epidemicum 93; (de la Harpe) 94; (Moussous) 93.
Melanoderma 704.
Melanofibroma 492.
Melanom 297. 492.
Melanosarkoma 426; (Jahn) 598.
Melanose, diffuse (Brandweiner) 226.
Meningitis cerebrospinalis, Exanthem bei (Chalmers) 720; (Weight) 720.
Mentagra Plinii s. Lichen graecorum.
Meralgia paraesthetica (White) 80.
Metamerie (Kalb) 414.
Mikrobienausscheidung durch die Schweifsdrüsen (Brunner) 668; (Wrede) 668.
Mikroorganismen spezieller Art (Blanchard) 188.
Mikrosporie s. Trichophytia durch Mikrosporon.
Miliaria 52. 121.
Milium 610.
Milzbrand 668. 725.
Milzdystopie (Grosglik) 566.
Moellers Zungenerkrankung s. Glossitis exfoliativa superficialis chronica.
Molluscum 495.
— contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
— fibrosum pendulum (Jamieson und Huie) 698.
Morbilli 88. 89. 94. 107. 387. 391. 596. 610. 632. 666. 669. 684. 685. 719.
— -Blutuntersuchungen (Erben) 90.
— -Inkubation (v. Generisch) 90.
— -Epidemie (Wyatt) 90.
— -Rezidiv (Leach) 91.
— und Schwangerschaft (Nouvat) 92.
— im Puerperium (Campbell) 93.
— Sydenham s. Rubeola.
— und Diphtherie (Hellstroem) 92.
— ohne Exanthem (Merk) 91.
— mit abnormalem Verlaufe (Hrach) 92.
— und Otitis media acuta suppurativa (Baar) 92.
— -Komplikationen, Prophylaxis der (Pinna) 93.
Morbus Addisonii 15. 684; (Borrmann) 365; (Robbins) 414; (Tibbles) 365; — Behandlung mit Kakodylsäure (Titomanlio) 366; — mit Röntgenstrahlen 682; (Golubinin) 366.
— Basedowii 682; (Uhlich) 718.
Morbus Brightii 21. 248. 258. 568. 593. 684; (Meltzer) 588.
— Filatow-Dukes 93; (Mouch) 94.
— Galeni s. Gangraena.
— Henoch 685; (Longley) 724.
— Hersmann 685.
— Morvan 780.
— Pavy 685.
— Pott 406.
— Raynaud 396. 415. 635. 685. 780; — im Säuglingsalter (Lehle) 716; — und Assoziationen (Calonne) 716.
— Recklinghausen 15. 36; (Jadassohn) 484; (Monzardo) 368; (Riehl) 286.
— Werlhofii 686; (Grüter) 723; — mit ungewöhnlichem Ausgang (Engelhard) 724.
Morgentropfen 422.
Morphoea s. Sklerodermia.
Morvansche Krankheit s. Morbus Morvan.
Mückenstiche und Benqué-Balsam (Harnack) 33.
Mütter, uneheliche (Marcuse) 697.
Muskelfasern, Färbung glatter (Saalfeld) 558.
Myase hypodermique s. Larva migrans.
Myiasis externa (Vesescu) 416.
Mykosis fungoides 29. 333. 492. 495. 679. 681. 684. 699. 700; (Almkvist) 386; (Cohn) 441; (Hybinette) 387; (Jackson) 81; (Radaeli) 290; (Spiegler) 226; — und Röntgenstrahlen (White und Burns) 82; (Zumbusch) 236.
Myocarditis 523.
Myoma 426. 525.
— cutis 369; (Galewsky) 208. 441; — multiplex (Gutmann) 396.
Myositis, allgemeine (Petges und Cléjat) 245.
Myxoedema mit Ascites (Hertzler) 415.
Myxoma 426.

Naevus 19. 146. 179. 208. 231. 280. 307. 441. 614.
— acneiformis 270; (Bettmann) 15.
—, blauer (Tièche) 492.
— flammeus 441.
— linearis 16; — Histologie des (Adamson) 242.
— lymphangiomatosus vegetans 300.
— papillomatosus (Reines) 225.
— pigmentosus 245. 680; (Pollio) 15; — pilosus, behandelt mit flüssiger Luft (Trimble) 417.
— pilaris 680; (Trimble) 417.
—, symmetrischer des Gesichts (Csillag) 14; — multipler (Heuss) 483.
—, systematisierter (Reines) 225.
—, weicher (Grossmann) 654.
— vasculosus 679.
Nagel wie Eierschalen (Hyde) 79.

Nagel, eingewachsener, Behandlung des (Max Cohn) 30.
Nagelabfall nach Gehirnerschütterung (Heller) 496.
Nagelerkrankungen, seltene (Heller) 496.
Narbenkeloid 614; (Suarez) 362; — nach Laparotomie (Zacharias) 362.
—, elastische Fasern beim (Taddei) 363.
Nasenbluten (Grossmann) 654.
Naturforscherversammlung 270.
Nauru s. Tinea imbricata.
Nebennierenwucherung auf traumatischer Grundlage (Borrmann) 365.
Nephritis 15. 43. 294. 299. 354. 369. 418. 509. 523. 547. 580. 582. 583. 588. 589. 592. 593. 595. 604. 732; — durch grofse Blasenzelle (Cuturi) 571.
Neumanns Krankheits. Pemphigus vegetans.
Neuralgia 633. 682.
Neurodermitis chronica circumscripta s. Prurigo.
— disseminata (Jadassohn) 477.
Neurofibroma 121; — plexiformes (Wynn) 364.
— und Heredität (Lange) 671.
Neurofibromatosis 363; (Jadassohn) 490.
Neurosyphilid 202.
Niere, Ausscheidungsort von Eiweifs in der (Schmid) 579.
—, Leistungsfähigkeit der (Turner) 588.
Nieren, grofse polycystische (Monod und Loumeau) 571.
Nierenchirurgie (Grosglik) 566.
Nierendegeneration und -Nekrose (Diehl) 595.
Nieren-Echinococcus und Diagnostik (Baradulin) 644.
Nierenerkrankungen, chirurgische, Diagnostik der (Kapsammer) 76.
Nierenruptur, subcutane (Suarez) 649.
Nierensteine 686; (Grosglik) 566; (Holland) 596; — bei einem Kinde (Mandhle) 596.
Nierenveränderungen bei experimenteller Infektion mit Trypanosoma Brucei (Jungano) 649.
Nitrokörperresorption durch die Haut (L. Müller) 675.
Nitze-Feier, Epilog zur (Frank) 76. 564.
Nitzes Andenken (Wohlauer) 394.
Noma 207. 632; (Róna) 485; — Ätiologie der (Hermann) 314.
Nomenklatur, Autorennamen in der (H. Orth) 684.
Novokaïn in der Urologie 240; (Freemann) 75; (Lucke) 348.

Ochronosis (Pope) 366.
Oedema 14. 99. 148. 245. 289. 322. 390. 388. 392. 424. 443. 490. 513. 546. 588. 623. 638. 639. 640. 718. 724. 726.
Oedema der Genitalien (Boyreau) 409.
— des Penis, hartes (Grossmann) 653.
—, angioneurotisches 685. 716; (Lowman) 717; (Morgenbesser) 716; (Truman) 717; — und Migräne (Otto) 716; — und Ichthyol (Forster) 717.
—, blaues 635. 685.
— cutis circumscriptum 730; (Quincke) 704; — acutum (Kürbitz) 717; (Nagano) 655; — — dolorosum 730.
— malignum 685. 686.
— Pirogoff s. Oedema malignum.
—, traumatisches (Köhler) 717.
—, vasodilatorisches 636.
Onanie s. Masturbation.
Onychauxis 369.
Onychogryphosis 614.
Onycholysis foliacea 369.
Onychomykosis trichophytina s. Trichophytia der Nägel.
Onychopathologie (Nobl) 369.
Orchitis 615.
Oxalurie 570; (Roberts) 586.
Oxyuris vermicularis 504.
Ozaena 240. 684.

Pachidermia acquisita 352.
Pachyonychia congenita 301.
Pagets disease 223. 681. 682. 685; (Audry) 244; (E. Beer) 259; (Mucha) 236.
— und X-Strahlen, mikroskopischer Befund (Hartzell) 242.
Panaritium 369. 668. 676. 678.
Panaritienbehandlung (Renou) 316.
Panu s. Pityriasis versicolor.
Papilloma 131. 153. 223. 360. 388. 427. 442. 492. 493. 506. 511. 512; — giganticum (Aronstam) 397.
Papulae diphtheriticae s. Diphtherie-Papeln.
Paraffininjektionen und -Implantationen (Eckstein) 431; (Heidingsfeld) 208. 484.
Paraffinplatte (Muto) 655.
Parakeratosis variegata (Anthony) 698.
Paralysis 194. 253. 350. 436. 729.
—, allgemeine (Marchand) 87.
—, progressive 460. 584; (Duhot) 267; (v. Kétly) 266; (Wolter) 266.
— Parrot s. Syphilis der Knochen.
Paraphimosis traumatica 615.
Paronychia 369.
Parotitis 666.
Pavysche Krankheit s. Morbus Pavy.
Peliosis rheumatica (Bertrand) 722; (Ibotson) 724; (Kissileff) 722.
Pellagra 13. 719; (Balvey) 558; (Neufser) 30; (Otto) 719; (Verefs) 560; — und Stoffwechsel (Camurri) 719.
—, genuine, im Oberinntale (Merk) 29

Pemphigus 85. 407. 613. 643. 702. 704. 705. 709. 715. 725; (Mucha) 226; (Zumbusch) 231.
— und Knochenmark (Truffi) 499.
— der Schleimhaut (Callomon) 397; — des Mundes (Zumbusch) 237.
— chronicus 27.
— foliaceus 26. 244. 699. 700; — Schrift über (Campana) 574.
— hystericus (Shepherd) 80.
— idiopathicus 313.
— neonatorum 24. 313. 700; — acutus (Hedinger) 290; (Tschuprina) 313; —, nicht syphilitischer (Kien) 313.
— pruriginosus (Zumbusch) 236.
— septicus acutus (Crary) 24.
— successive à cystes épidermiques (Nobl) 441.
— symptomaticus 313.
— vegetans 26. 153. 202. 224. 685; (Ravogli) 244.
— vulgaris serpiginosus 224; (Leiner) 224.
Penicillium glaucum, Giftwirkung von, (Otto) 719.
Penis, Vena dorsalis (Sänger) 421.
— -Geschwüre, Diagnose und Behandlung der (Jeanselme) 569.
— -Exstirpation mit Scrotum-Resektion (Janssen) 504. 683.
Pentosurie (Erben) 587; —, alimentäre (Jaksch) 587; — intermittierende (Kaplan) 589.
Periostitis 367.
Periphlebitis 320.
Perlèche (Bogrow) 556.
Perniosis 31. 316. 395. 611. 730; (Gaucher) 84.
Perniosisbehandlung mit Calciumsalzen (R. H. Fox) 726; (Stephens) 726.
Pest (Cleland) 686; —, Hautläsionen durch die (França) 725.
Petechien 725.
Pharyngitis 532. 631.
Phenyform (Schuftan) 713.
Phimosis 504. 649.
Phlebektasia 368.
Phlebitis (Grossmann) 653.
Phlegmone 154. 205. 322. 351. 488. 598. 602. 611. 676. 685.
—, diffuse (Legrain) 649.
— Galeni s. Erysipelas gangraenosa.
Phosphaturie 422. 428; (Langstein) 587; (Tobler) 587.
Photodynamische (fluorescierende) Stoffe und Fadenpilze (Essinger) 665.
Phototherapie 13. 129. 131. 132. 162. 165. 270. 288. 356. 386. 396. 484. 682. 715; (Chatin) 409; (Cnopf) 45; (Fordyce) 21; (François) 679; (Jadassohn) 483; (Joseph) 562; (Kromayer) 678; (Lenkei) 680; (Möller) 130; (M. A. Morris) 431; (Pellizzari) 130; (Wichmann) 131; (F. Winkler) 617.
Phthiriasis 614; — Behandlung mit Xylol (Sabouraud) 349.
Physiologie des Menschen, Handbuch der (Nagel) 707.
Piedra, mal de s. Syphilis.
Pigment 208.
Pigmentatio universalis disseminata (Jadassohn) 483.
Pigmentfrage (Meirowsky) 155.
Pigmentlose Herde (Pinkus) 12.
Pinglap s. Tinea imbricata.
Pita s. Tinea imbricata.
Pityriasis 677. 715.
— capillitii 715.
— rosea 613. 685; (D. W. Montgomery) 81.
Pityriasis rubra 441. 568; (Kanitz) 560; — mit autoptischem Befund (Fr. H. Montgomery und Bassoe) 243; — pilaris 684; (Brytschew) 696; (Cohn) 490; (Heidingsfeld) 558; (Heuss) 483; (Reale) 307; — — -Behandlung mit Arsenik (Heidingsfeld) 401.
— versicolor 235. 337. 369. 613; — Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd 497.
Plasmazellen 47. 53. 121. 122. 291.
—, Ursprung der (Veratti) 657.
Platyonychia hereditaria 370.
Pocken s. Variola.
Poikilodermia vascularis atrophicans 440.
Poliklinik, Wiener allgemeine 1897/1898 (Conradi) 609.
Pollakiurie 404. 427.
Ponape s. Tinea imbricata.
Pompholyx 700.
Polierekzeme bei Bleistiftarbeitern (Glauning) 34.
Polyp 23. 426. 503.
Polypapilloma tropicum s. Framboesia.
Polyurie 240.
Porokeratosis 208.
Posthitis 615.
Präputialsekret-Bazillus (Waelsch) 421.
Praktische Medizin, Handbuch der (Ebstein und Schwalbe) 252.
Priapismus (Lohnstein) 421.
Prickly heat 699.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Prophylaxe, soziale und moralische, französische Gesellschaft für (Keyser) 23.
Prostata-Abscefs, metastatischer (Legrain) 649.
— -Albuminurie (Ballenger) 527.
— -Hämorrhagie und -Auslösung (Thomson) 526.
— -Hyperämie (Mac Munn) 526.
Prostatahypertrophie 249. 419. 502. 525. 526. 527; (André) 295; (Pauchet) 411; (Zuckerkandl) 520.
— und Urinverhaltung (King) 525.
Prostatahypertrophie-Behandlung (Rovsing) 521.
— mit Katheter (Goldenberg) 523.

Prostatahypertrophie-Behandlung mit perinealer Drainage (Faisans) 521.
— mit radioaktiven Thermen (Altmann) 520.
—, chirurgische (Jacobson) 522; (Kümmell) 523; (Wildbolz) 522; — mit Cystotomia subpubica (Lombard) 522; — mit Bottinischer Operation (J. Cohn) 525; (Freudenberg) 528; — mit Totalenukleation (Bronstorph) 17.
Prostata-Tumoren (Hallopeau) 527.
— -Chirurgie (Nicoll) 527.
— -Enukleation (Thomson) 526.
Prostatektomia 410. 520. 521. 522. 523. 524; (André) 295; (Freudenberg) 528; (King) 525; (Pauchet) 411; (Vrain) 525; (Walker) 526.
— und Mortalität (Tenney, Melville und Chase) 526.
— suprapubica 249; — totalis (Papadopoulos) 248.
— transvesicalis (Moscou) 525.
— nebst Sektionsergebnis (Loumeau) 249.
Prostatitis 289. 383. 513. 518. 527.
— bei Harnröhrenverengerungen (Le Fûr) 410.
— ohne Prostatavergrößerung (Chetwood) 520.
— chronica (Disque) 18; (Mitchell) 19.
Prostatitisbehandlung (Mitchell) 19; — durch Vibrationsmassage (Niolich) 250.
Prostatorrhoea 174. 422.
Prostitution 137. 179. 275. 296. 349. 395. 408. 437. 471. 472. 477. 495. 496. 651. 652; (Bruck) 174; (Butte) 407; (Gruber) 129; (Spillmann) 665.
— nach Bibel und Talmud (Preuss) 271. 342. 376. 470. 549.
— in Krakau im XV. Jahrhundert (Lachs) 290.
— in Rußland (Nötzel) 178. 174.
— und Mutterschutz (Hammer) 565. 697.
Prurigo 29. 37. 286. 311. 391. 477. 495. 612. 680. 701. 715; (Pisko) 18; (Jeanselme) 37.
—, Ätiologie der (Steiner) 730.
— und Sarkom der Leber (Salvini) 37.
— beim Kinde (Bardin) 37; — und Ernährung (Beguinot) 37.
— chronica 715.
— diathésique (Jadassohn) 477.
— senilis 677.
Pruritus 332. 568. 610. 704. 705. 706.
—, idiopathischer 652.
— bei Zoster (Bettmann) 729.
— bei Nierenerkrankung (Veiel) 15.
— ani 706; —, Behandlung mit Elektrizität (Laplaze) 652.
— vulvae 598. 615. 715.
Pruritusbehandlung 688; — mit Serum-Injektionen (Devaux) 497.
Pseudoleukämia 124. 194; (Jadassohn) 484; (Radaeli) 290; (Wechselmann) 13.
— und Hautveränderungen (Linser) 13.
Pseudo-Milium colloidale, familiales (Bosellini) 701.
Pseudoparalysis 194.
Pseudophosphaturie (Campani und Formiggini) 589.
Pseudoskleroma 208.
Pseudoxanthoma elasticum 614.
Psoriasis 25. 26. 29. 124. 337. 369. 394. 490. 495. 544. 611. 699. 704. 705. 706. 711. 712. 715; (Assmy) 310; (Danville) 667; (Hoffmann) 72; (Jeanselme) 308; (Leredde) 409; (Roscher 72; (Welfeld) 19.
—, Ätiologie und Pathogenese der (Hilbing) 308.
— und Harn (Brocq und Agrignac) 83.
— und Leukokeratose der Zunge (Grossmann) 654.
— der Fingernägel (Ashmead) 20.
— linguae 679.
— papillomatosa (Combéléran) 409.
— verrucosa 409.
Psoriasisbehandlung 6. 82. 270. 677. 680. 681; (v. Düring) 308; (Leredde) 409.
—, antirheumatische (Ashmead) 20.
— mit Chrysarobindermasan 310.
— mit elektrischen Bädern 309; (Metscherski) 578.
— mit Sonnenlicht 502; (Joseph) 562.
Psorospermosis follicularis vegetans 231. 441. 684; (Kreibich) 291; (Malinowski) 209; (Mook) 362.
Purpura 75. 79. 568. 704. 705. 720. 722; (Brown) 18.
— infolge von Jod (Grossmann) 654.
— mit Arthritis und visceralen Affektionen (Elliott) 722.
— annularis teleangiectodes 483; (Brandweiner) 529.
— contagiosa 451.
— haemorrhagica 451. 722; (Levison) 722; —, Ätiologie der (Grüter) 723; — nach Scharlach (Banks) 723; — und Tuberculosis (Beusaude und Rivet) 723; (Robert) 723.
— Henoch s. Morbus Henoch.
— senilis (Pasini) 451.
— simplex 451. 453.
— urticata 451.
Purpurabehandlung (Coe) 722.
Pustula maligna s. Anthrax.
Pyämie 592. 603.
Pyelitis als Schwangerschaftskomplikation (Orlowski) 240.
Pyelitisbehandlung (Gordon) 648.
Pyorrhoea alveolaris chronica 686.
Pyurie 494. 582; (Legueu) 590.

Quaddel 636. 638. 640.
Quecksilber (Kaufmann) 713.
— im Organismus (Conti und Zuccola) 713.
— und Spirochäten (Joanitzescu und Galaschescu) 187.
— und Schleimhaut (Schuhmacher II) 673.
— -Resorption (Cuisinier) 673.
— -Ausscheidung (Davidescu) 714.
— -Erythem (L. Franckel) 720.
— -Exanthem (Gaucher) 84.
— -Fumigations-Apparat (Dacco) 714.
— -Injektionen (Barthélemy und Lévy-Bing) 86; — schmerzlose (Hirsch) 714; — und Elimination durch die Nieren (Bogrow) 556; — und Gewebsnekrose (Alexandriski) 35.
Quecksilberschmierkuren und ihre Einwirkung auf die Harnorgane (Klieneberger) 418.
Quecksilberwasserlampen zur Behandlung (Kromayer) 678.
Quecksilbereinführung vom Mastdarm aus (Malherbe) 572.
— -Salicyl-Arsenat-Idiosynkrasie (Hallopeau) 176. 558.
Quinckes Krankheit s. Ödema, angioneurotisches.

Radium 208. 356; (Schücking) 359 (Thies) 681; (Wichmann) 687; — und bleibende Hautveränderungen (Schmidt) 33.
Radiometrie (Eitner) 680.
Ranziers Krankheit s. Ödema, blaues.
Raupenausschlag (Thresh) 726.
Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.
Recklinghausensche Krankheit s. Morbus Recklinghausen.
Reclussche Krankheit s. Holzphlegmone am Halse 685.
Resorption durch die Haut (Sulton) 371.
Retentio testis (Kuester) 519.
Rétif de la Brétonne (Dühren) 179.
Rhagaden 631.
Rheumatismus 633. 677. 685. 730. 732.
Rhexis 461. 467.
Rhinitis hypertrophicans 532.
— scrophulosa 108.
— syphilitica 200. 204.
Rhinophym 613; — Behandlung durch Galvanokaustik (Bloebaum) 354.
Rhinosklerom 28. 153. 682. 685.
Riesenzellen 107. 354. 355. 440. 448. 484. 576. 640. 672. 674.
Rigasche Krankheit s. Aphthae sublinguales malignae und Pyorrhoea alveolaris chronica.
Ringwurm s. Trichophytia.
Röntgenstrahlen 76. 81. 131. 207. 226. 231. 235. 270. 297. 353. 356. 362. 388. 400. 401. 410. 424. 448. 483. 484. 490. 510. 520. 526. 527. 565. 586. 624. 630. 631. 648. 698. 699; (Albers-Schönberg) 362; (Carl Beck) 420; (Bengsch) 414; (Berger) 14; (O. Bloch) 19; (Eitner) 680; (Evler) 321; (François) 679; (L. Freund) 681; (Freund und Oppenheim) 358; (Gidon) 572; (Görl) 288; (Golubinin) 366; (Grosglik) 566; (Hartzell) 242; (Holland) 596; (Kanitz) 359; (Kienböck) 361; (Lassar, Siegfried und Urbanowicz) 567; (Lehmann) 683; (Leidner) 682; (Löser) 359; (H. Morris) 596; (Sabouraud) 241; (Schiff) 360; (Sichel) 307; (Suquet) 652; (Varney) 18; (White und Burns) 82; (Williams) 19; (Woodward) 360; (Wynn) 19.
— und Blutfarbstoff (Linser) 490.
— -Dermatitis 307. 361. 440; (L. Freund) 681; —, Behandlung der (Harris) 726.
— -Ulcus (Ehrmann) 231.
— -Irrtümer in bezug auf Harnsteine (Deroux) 650.
Rosacea 26. 79. 450. 613. 633. 645. 679. 704. 705. 706. 715.
— erythematosa durch reflektorische Reize (Leonardo) 575.
— pustulosa 26.
Roseola 85. 93. 94. 138. 202. 203. 205. 389. 479. 481. 482. 647. 670.
Röteln s. Rubeola.
Rotz s. Malleus.
Rute als Erziehungsmittel, Gefahren der 564.
Rubeola 38. 94. 686. 719.
Rupia 231.

Sajodin (Habicht) 712; (Lublinski) 712; (Roscher) 712.
Salzsäure-Nekrosen (Zieler) 315.
Samenblasenoperationen (Riese) 520.
Sarkoid (Gougerot) 700; (Winkler) 574. 654.
Sarkoma 160. 208. 355. 357. 369. 386. 426. 427. 615. 671. 673. 679. 700; (Fano und Liebmann) 124.
—, experimentelles (Reale) 361.
— idiopathicum 681; — multiplex haemorrhagicum Kaposi (Selhorst und Polano) 643.
— der Leber (Salvini) 37.
— der Prostata 527; (Bach) 525.
— der Zunge (Chanu) 361; (Kohl) 361; (Leleux) 361.
— s. auch Melanosarkoma.

Sarkombehandlung mit Röntgenstrahlen (Albers-Schönberg) 362; (Kienböck) 361.
Scabies 29. 311. 349. 495. 568. 614. 715.
— Boeck 684.
Scarlatina 25. 38. 93. 94. 107. 574. 595. 632. 669. 719; (Koulakovsky) 731; (Silberstein) 369; — und Albuminurie (Le Noir) 581.
— -Blutuntersuchungen (Erben) 90.
— -Bakterien (Jochmann) 38; (Lewis) 42.
— -Protozoen (Duval) 39.
— und Milch (Hamilton) 40.
— -Epidemie (Le Foll) 38.
— -Ansteckung (Hermann) 40.
— -Rezidive (E. Beck) 40; (Henry) 40; (Slade-King) 40; (Sörensen) 40.
— im Hospital des Enfants-Malades (Saint-Paul) 731.
— im Kanton Zürich (Kahane) 731.
—, seltene Beobachtungen bei (Bleibtreu) 41.
— -Komplikationen (Hunter) 42; — mit Ikterus (Gross) 43.
—, Angina und Gelenkrheumatismus nach Operation von Rachenmandeln usw. (Bernhardt) 42.
— mit Purpura haemorrhagica im Gefolge (Banks) 723.
— ambulatoria (Fortescue-Brickdale) 41.
— chirurgica (Máthé) 41.
— und Geistesstörungen (Jezierski) 43.
— -Otitis (Sprague) 41.
— -Nephritis (Reichel) 44; (Venzke) 43; — und Präventivbehandlung (Löwenburg) 43; — und Urotropin (Conrath) 45.
Scarlatinabehandlung (Rauzier) 45; — und Prophylaxe (Campe) 45; — mit rotem Lichte (Cnopf) 45; — mit Serum (Bukowski) 88; (Garlipp) 89; (Hippels) 46; (Menschikoff) 88; (Schick) 89; (Zuppinger) 87.
Schafblattern s. Varicella.
Schanker, gemischter 206.
—, harter s. Initialsklerose.
—, weicher s. Ulcus molle.
— Nissbeth s. Bubonen.
Scharlach s. Scarlatina.
Schönleinsche Krankheit s. Peliosis rheumatica.
Schrumpfblase 565.
Schuppen-Ringwurm s. Tinea imbricata.
Schutzpocken s. Vaccine.
— -Impfung s. Vaccination.
Sclérose atrophique de la peau avec myosite généralisée 440.
Seborrhoea 99. 223. 610. 699. 704. 705. 713.
Sensito-Coloriuretrie (Parmentier) 578.
Sepsis 38. 43. 135.
Septikämie 602. 719. 723; — der Hühner 661.
Septikopyämie 95.
Seruminjektionsexantheme (Théodoroff) 718.
Sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud (Preuss) 271. 342. 376. 470. 549.
— Neurasthenie 207. 512. 513; — Behandlung der (Zorn) 565.
— Selbstdisziplin (Keyes) 172.
— Zwischenstufen (Hirschfeld) 251.
Siderosis 169.
Sittenfragen-Kommission, extra-parlamentarische 573.
Sommererruption s. Hydroa vacciniformis 297.
Sperma, Zufuhr von artgleichem (Gessner) 513.
Spermathanaton-Pastillen (Braun) 665.
Spermatocele (Sellei) 73.
Spermatocystitis 512.
Spermatorrhoe 250. 253. 421. 512. 615; — und Behandlung (Lévy) 405.
Skalen in der Dermatologie (Allen) 558.
Sklerodaktylie (Schönfeldt) 414.
Sklerodermia 13. 346. 367. 415. 418. 440. 614. 712. 730; (Afzelius) 358; (Dubreuilh) 246; (Grossmann) 654; (Jacobsohn) 641; (Jadassohn) 483. 490; (Lebet) 208. 441; (Sederholm) 391; (Schönfeldt) 414; (Török) 414.
—, Anfangsstadium der (Metscherski) 556.
— en bandes 239; (Heuss) 483.
— en plaques (Metscherski) 696.
— universalis (Kusunoki) 655.
— disseminata (Jadassohn) 484.
—, halbseitige mit hochgradiger Atrophie (Kalb) 414.
— der Schleimhaut (Kren) 227.
—, atrophische (Petges und Cléjat) 245.
Skorbut 355. 669; (Senator) 725; — bei Kindern (Morse) 725; — bei Säuglingen (Still) 725.
Skrophuloderma 106. 235. 491. 613.
Skrophulose 354. 615. 705.
—, Diagnose der (Bialky) 106.
— -Behandlung mit Jodipin (Weclewski) 107.
Skythenkrankheit 253.
Spirillum gallinarum (Levaditi) 661.
Spirochaeta 137. 139. 140. 144. 145. 146. 147. 148. 192. 207. 231. 250. 314. 315. 389. 434. 435. 436. 438. 439. 442. 478. 479. 480. 481. 482. 489. 500. 557. 559. 571. 575. 576. 685. 686. 708. 720; (Babes und Panca) 190; (Beck) 190; (Berger) 287; (Bertarelli, Volpino und Bovero) 190; (Blanchard) 188; (Blaschko) 189. 270; (Blum) 187; (Brönnum und Ellermann) 182;

(Brunn) 669; (Buschke und Fischer) 187. 643; (Csiki) 183; (Ehrmann) 236. 286; (Eutz) 393; (Fanoni) 151. 185; (Fischer) 296; (Flügel) 153; (Grouven) 150; (Hallopeau) 651; (Hermann) 187; (Herxheimer) 150. 480; (— und Löser) 184; (Hirschberg) 151; (Hoffmann) 72. 153. 171. 184. 398. 484. 641; (— und Halle) 662; (— und v. Prowazek) 663; (Hübner) 496; (Jadassohn) 482; (Joanitzescu und Galaschescu) 187; (Kowalewski) 183; (Kraus) 643; (Kreibich) 189; (Krienitz) 663; (Krzysztalowicz und Siedlecki) 1. 185. 296; (Lenartowicz) 188; (Levaditi) 190; (— und Manouélian) 662; (— und Petresco) 150; (Lipschütz) 185; (Löwenthal) 189. 664; (Löwy) 393; (Mac Kee) 189; (Maclennan) 149; (Mucha und Scherber) 188; (Mühlmann) 145; (Nattan-Larrier und Bergeron) 188; (Nobl) 230; (Oppenheim und Sachs) 183; (Petresco) 140. 662; (Preis) 662; (Radaeli) 498; (Reischauer) 190; (Róna) 485; (— und Preis) 153; (Roscher) 183. 187; (Rosenberger) 188; (Schaudinn) 152; (Siebert) 151; (Simmonds) 700; (Sobernheim und Tomasczewski) 150; (Souza und Pereira) 182; (Stein) 481; (Steindorff) 148; (Tanaka) 655; (Taylor) 186; (Thesing) 149; (Thibierge) 86. 188; (Tomasczewski) 700; (Weitlauer) 182; (Winkler) 481.
— lebend (Beer) 72. 172.
—, Anreicherungsverfahren und Biologie gewisser Arten (Kraus) 125.
Spitzpocken s. Varicella.
Sporotrichose (Dor) 315.
Staualitis 489.
Stauungstherapie 676; (Böhme) 494; (Frommer) 412; (Grube) 677; (König) 607; (Nordmann) 677; (Ullmann) 677; (Venus) 678.
Steatom Müller s. Lipoma fibroma.
Steine, Röntgenbilder von (H. Morris) 596.
— der Harnwege und Röntgenmethode (Carl Beck) 420; —, Behandlung der (Löwenhardt) 428.
Sterilität 599.
Stickersche Krankheit s. Erythema infectiosum.
Stomatitis 176. 720; (Jenks) 312.
— und Impetigo contagiosa (Cushing) 312.
— aphthosa 615; —, rezidivierende (Schilling) 615.
— mercurialis 19. 302. 615; (Gaucher) 85.
Stovain (D. Mc Kenzie) 715.
Strangurie 427.
Streupulver (Schuftan) 713.
Striae nach Pneumonie und Brustfellentzündung (Roth) 369.
— nach Scharlach 41; (Silberstein 369.
Strichförmige Hauterkrankungen (Fischel) 238.
Strophulus 37. 612; — infantum 311; (Brandweiner) 236.
Stypticin (Freund) 73.
Sublimat bei Infektionskrankheiten (Cremer) 394.
— -Idiosynkrasie (Bellantoni) 715.
Sudamina 610.
Sykosis 26. 394. 482. 613. 677. 679. 681.
— parasitaria 711; — profunda (Reines) 225.
— simplex 319.
Symblepharon 397.
Synorchidie, artifizielle (Mauclaire) 246.
Synovitis, fungöse 179.
Syphilid 121. 337. 610.
— ausgebreitetes (Reines) 231.
—, Flecken- (Lübbers) 202.
—, tuberoserpiginöses (Pick) 236.
—, urticariaähnliches (Jadassohn) 490.
Syphilidologe, ist er existenzberechtigt? (Bruck) 615.
Syphilis 20. 22. 23. 27. 28. 34. 36. 46. 53. 79. 84. 99. 126. 127. 134. 152. 153. 154. 180. 185. 187. 188. 193. 194. 197. 199. 201. 203. 207. 251. 264. 266. 277. 286. 287. 300. 311. 314. 316. 333. 349. 367. 369. 371. 389. 393. 394. 406. 415. 418. 482. 495. 496. 499. 512. 532. 534. 585. 554. 555. 564. 565. 569. 574. 575. 580. 584. 599. 612. 615. 616. 627. 643. 652. 654. 665. 670. 671. 673. 674. 679. 684. 685. 696. 699. 704. 705. 706. 707. 712. 713. 716. 720. 730; (Gaucher) 84; (Kraus) 140; (Krzysztalowicz und Siedlecki) 1; (Narich) 256; (Niessen) 135; (Radaeli) 498; (Renaud) 580; (Rosenbach) 576; (Sowinski) 204; (Taylor) 646; (Tyrman) 255; (Wild) 78.
— in Bibel und Talmud (Higier) 102.
— in der internen Medizin (Pineles) 194.
— -Ätiologie 207; (Flexner) 139; (Grouven) 480; (Hoffmann) 478. 484; (Kraus) 140; (Mantegazza) 498; (Speranski) 696; (Weichselbaum) 140.
— -Erreger 137. 144. 145. 147. 269. 576. 685; (Freund) 145; (Jancke) 146; (Maclennan) 149; (Schulze) 146. 147; (Siegel) 148; (Steindorff) 148; (Waelsch) 146; (Wechselmann) 149.
— — s. auch Spirochaeta.
—; experimentelle 171. 398. 442; (Finger

893; (— und Landsteiner) 142. 207; (Hoffmann) 72. 184. 398. 442; (Kraus und Volk) 437; (Maisonneuve) 655; (Metschnikoff) 436. 442. 558; (Neifser) 127. 143. 207. 434. 442; (Nobl) 442; (Ricklin) 654; (Scherber und Benedek) 439; (W. Schulze) 144; (Siegel) 145; (Speranski) 696; (Tschlenow und Gabritschewsky) 556; (Zabolotny) 481; — und Pigmentverlust (Hoffmann) 641.
Syphilis und Blutveränderungen in behandeltem und unbehandeltem Zustande (Hauck) 261; (Trimbach) 260.
— -Übertragung durch Ärzte (D. W. Montgomery) 138.
— — durch den Biſs eines Menschen (Naughton) 138.
— -Inkubationszeit (Post) 401; — bei Japanern (Okamura) 655.
— -Reinfektion (Brew) 18; — und Superinfektion (Finger) 232.
— und Immunität 207; (Finger) 232; (Kraus und Volk) 227.
— -Rezidiv (Gaucher) 85.
— -Diagnose (Moody) 18.
— und Urin (Combéléran) 28; (Roscher) 72.
— und Heilbarkeit 270; (A. Fournier) 350; (Robison) 648.
— und Lebensdauer (Graham) 18; (Salisbury) 241; (Weber) 403.
— und Unfallversicherung der Ärzte (Jesionek) 616.
—, Stenose der Mitralis, Aortitis, Coronaritis und Tabes (Rénon) 350.
— und Allgemeinparalyse (Marchand) 87.
— und Aortenaneurysmen (Busse) 263; (Knauff) 263.
— und Apoplexia hepatica (Devic und Bériel) 568.
— und Diabetes (Gaucher) 84.
— und Erythema (Marcuse) 72; — nodosum (Wechselmann) 13.
— und Gangrän (Jullien) 256.
—, Hysterie und Neurasthenie (Gaucher) 85.
— und Leukoplakie (Trapenard) 258; — lingualis (Gaucher) 85. 86; — und Carcinom (Gaucher) 84.
— und Lichen planus, Differentialdiagnose (Neuberger) 270.
— und Lupus (Longin) 107.
—, Paralyse und Tabes (Duhot) 267; (v. Kétly) 266; (Wolter) 266.
— und Peniszerstörung (Roscher) 72.
— und Pigmentierung (Roscher) 72; (Weidenfeld) 225.
— und Pleuraerkrankungen (Oettinger und Malloizel) 571.
— oder Tripper (Doctor) 135.
Syphilis und Tuberkulose (Gaucher) 84; (Rénon) 139; — der Nase (Lete) 139.
— bei den Japanern (Ashmead) 403.
— auf den Inseln unter dem Winde (Branch) 648.
— auf dem Lande 296.
— bei den Negern (Corson) 241; (Murrell) 403; (Quillian) 402.
— in Mexiko (Urueña) 558.
— des Anus (Chassuignac) 402; (Jelks) 648.
— des Augenlides (Giles) 403.
— des Auges (Butler) 241; (Croskey) 404; (Donovan) 648; (Kalisch) 741; (Miller) 649; — und seiner Adnexe (Terrien) 411.
— der Blutgefäſse (Hasselbach) 262.
— der Brustdrüse und der Achsel- und Supraclaviculardrüsen, Brustkrebs vortäuschend (E. Beer) 259.
— des Darmes (Mendoza) 703.
— der Gelenke (Fouquet) 258; — bei Kindern (Freiberg) 403.
— der Harnröhre, zylinderförmiges Syphilom (Joly) 206.
— der Haut bei Japanern (Okamura) 655.
— der hinteren Schädelgrube (Ziehen) 264.
— des Hirns (Bernard) 265; (Fordyce) 20; (Hopkins) 404; (Singer) 265; —, Diagnose der (Hoge) 241.
— der Knochen 685; — und Behandlung (Mauclaire) 255.
— des Larynx (Schwerd) 240; — und des Halses, Komplikationen bei (Kirkpatrick) 240.
— der Leber (Eltester) 255.
— der Lippe (Dieulafoy) 257.
— der oberen Luftwege (Keimer) 256; — mit ungewöhnlichen Erscheinungen (Semon) 257.
— des Magens (Chase) 402; (Hagens) 260; (Lenzmann) 260.
— der Mundhöhle (Gibbons) 403.
— der Nase (Robertson) 648; (Scheppegrell) 240; — und kariöser Zahn (Beyer) 258; — und des Nasenrachenraumes (Mackenzie) 649; —, gummöse (Lieven) 74.
— des Nervensystems (Hersman) 241; (Hitchcock) 403; (Reyer) 403; (Wingate) 648; — Diagnose der (Power) 404.
— des Netzes (Robert) 259.
— des Ohrs, des Hörnervenstammes (Rosenstein) 268; — des Labyrinths (Boyant) 240; —, primäre (Bryant) 402.
— des Pharynx (Gibbons) 403; (Revel) 258; —, Diagnose (Davis) 241.
— des Rachens (Griffin) 648.
— des Rektums (Chassuignac) 402; (Jelks) 648.

Syphilis des Urogenitalapparates und Behandlung (v. Zeissl) 205.
— des Uterus (Passenaud) 260.
— des Uvealtractus (Belt) 402.
— der Placenta (Stanziale) 351.
— des Verdauungstractus (Mendoza) 558.
Syphilis acneiforme (Gaucher) 85.
— acuta (Gaucher) 86.
— binaria 708.
— condylomatosa (Nobl) 235.
—, frische, mit Bubonen (Gassmann) 202.
— mit späten Sekundärerscheinungen (Gaucher) 85.
— maligna 207; (Bewersdorff) 208; (Jeanselme) 203; (Serenin) 202; — und totaler Nasen-Rachenverschluſs (Vallentin) 203; — und Spirochaeta pallida (Herxheimer) 480; — praecox (Gaucher) 85.
— serpiginosa papilliformis (Pick) 231.
— tertiäre (Tomaszczewski) 700; —, Kontagiosität der (Fanceschini) 352.
—, materne (Whiteside) 138.
— paterne (Horvath) 138; (Mish) 241; (Ravogli) 17.
— der Kinder, erworbene recente (Glück) 138.
—, konzeptionelle (Barthélemy) 557; (Gaucher) 85.
— hereditaria 23. 78. 135. 136. 148. 152. 153. 187. 190. 207. 255. 258. 259. 268. 398. 670. 671; (Babes und Panca) 190; (Beck) 190; (Brönnum und Ellermann) 182; (Buschke und Fischer) 643; (Dorland) 648; (Eutz) 398; (Fischer) 403; (Gastou) 707; (Gaucher) 84. 85; (Jadassohn) 484; (Kilmer) 649; (Levaditi) 190; (Neumann und Oberwarth) 193; (Radaeli) 498; (Reischauer) 190; (Rubinstein) 190; (Solger) 137. 346. 398; (Souza und Pereira) 182; (Taylor) 192; (Wiman) 389; — praecox (Rabek) 194; — tarda 16. 136. 137. 240; (Campbell) 194; (Gaucher) 86; (Warfield) 199; — — und Arthropathien (Saucet) 202.
— —, Histologie der (Levaditi) 406.
— — und Riesenleberzellen (Oppenheimer) 199.
— — und Pankreasveränderungen (Stoerk) 197.
— — und Reinfektion 708; (Gaucher) 85; (Rostaine) 192.
— —, Diagnose der (Campbell) 240; (Freiberg) 403; (Hand) 649; (Jullien) 127; (Kilmer) 649; (Simmonds) 700.
— — bei Neugeborenen (Jullien) 127.
— — im Kindesalter (Hand) 649.
— — ohne Exanthem bei Säuglingen (Lernout) 194.
Syphilis hereditaria und Aortenerkrankung (Bruhns) 201.
— — und chronische Encephalopathien in der Kindheit (J. J. Meyer) 201.
— — und ulcerierte Frostbeulen (Gaucher) 84.
— — und Gumma (Wiedel) 258.
— — und eitrige Osteo-Periostitis (L. Fränckel) 572.
— — und Typhus abdominalis (Rolleston) 200.
— — und Hutchinsons Trias 685.
— — und latente Hypoplasien der drüsigen Organe (Kimla) 194.
— — und Incontinentia urinae et alvi (Cantonnet) 201.
— — des Anus und des Rektums (Howe) 403.
— — des Auges 685; (Quilliet) 201.
— — des Ohres 685.
— — der Gelenke (Freiberg) 403.
— — des Herzens 262.
— — der Knochen (Gaucher) 85. 406; (Vallois) 407; — und Osteïtis deformans (Bridoux) 201.
— — der Leber (Paschalis) 708.
— — der Lunge (Kohl) 200.
— — der Zähne 685.
Syphilitische Albuminurie (Gaucher) 84.
— Alopecia (Kren) 231; (Ravogli) 241.
— Aortitis 263; (Dieulafoy) 263; (Woloschin) 262.
— Blutungen (Dreyer) 397.
— Daktylitis der Zehe (Cooper) 255.
— Erythromelie (Zamblanchi) 264.
— Geschwüre 679.
— Hodenentzündung 17.
— Iritis 147; —, rezidivierende (Gaucher) 85.
— Keratodermie (Garceau) 256.
— Leukoplasie (Lévy-Bing) 557.
— Nephritis, frühzeitige, mit Hydroperikard (Verrotti) 207.
— Onychomalacia (E. Fournier) 650.
— Organerkrankungen, fieberhafte (Sobernheim) 204.
— Osteoperiostitis (Variot) 255.
— Ostitis (Gaucher) 84. 85.
— Paralyse, Anatomie der (Nonne) 266.
— Pathologie der Arteria basilaris (Saathoff) 264.
— Periarteriitis nodosa (Versé) 264.
— Periostitis 319.
— Peri- und Endolymphangitis (Ehrmann) 558.
— Pharyngitis 17.
— Pigmentationen bei Schwangerschaft (Weill) 264.
— Pseudoparalyse s. Syphilis der Knochen.
— Psoriasis 712; — Psoriasis palmaris (Kanoky) 18; — et plantaris (Gaucher) 84.
— Retinitis 671, —, Chorio-, diffusa 670.

Syphilitische und hysterische Pseudoosteomalacie (Schlesinger) 255.
— Spätform, eigenartige (Lübbers) 202.
— Stenose des Pylorus (Cimoroni) 259.
— Tarsitis (Ischreyt) 255.
— Tendovaginitis 319.
Syphilitischer Pemphigus 183; (Kien) 313.
— Thymusabscefs 684.
Syphilitisches Erythem 202; — mit ungewöhnlichen Variationen (Cooper) 256.
— Fieber (Mekenna) 202.
— Glottisödem (Iroine) 404.
— Leukoderma 310; (Kren) 231; (Nobl) 235.
Syphilisbehandlung 254; (Jadassohn) 482; (Kahane) 269; (Lévy-Bing) 557; (Moody) 18; (Muren) 17; (Rosenbach) 576; (Wahrer) 404; (Zeissl) 301.
— bei den Tunesiern (Peyronie) 304.
—, abortive (Duhot) 302. 308.
—, ätiologische (Kreibich) 189; (Spitzer) 141. 207. 438.
—, experimentelle (Kraus) 140; (Mantegazza) 498; (Metschnikoff und Roux) 497.
— mit grauem Öl (Strominger) 305.
— durch Immunisierung (Brandweiner) 141; (Finger) 439; (Kraus) 142.
— mit Injektionen 207; — von grauem Öl, fünf Todesfälle durch (Claude und Dobrovici) 571; — von Hydrargyrum sozojodolicum (Garceau) 127. 242; — von Hg-Bibromid (Poltavtzev) 497; — von Jodkalium (Doevenspeck) 306; von Quecksilber (Hirsch) 714; (Lambkin) 305.
— mit Jod 700; (Pautrier) 306.
— mit Kaliseife und Bädern (Gielen) 304.
— mit Kleidung und Sonnenschein (Crume) 402.
— mit Methylenblau (Arnal) 306.
— mit Mineralwässern (Chatin) 558; (Soffiantini) 305.
— mit Schwefelwässern (Dresch) 497; (Privat) 306. 497; — und Injektionskuren (Dresch) 558.
— mit Quecksilber 207; (Duhot) 267; (v. Kétly) 266; (Wolter) 266; —, frühe (Glück) 301; — und Schwefel (Chatin) 350; — und Wasser (Rudnik) 305; — -Säckchen (Stenczel) 304; —, löslichem, vom Munde aus (Klotz) 19.
Syphilisprophylaxe (Maisonneuve) 655; (Roux und Metschnikoff) 268; (Thièry) 686; — durch Kalomelsalbe (Gaucher) 652; (Lévy-Bing) 571; — durch Quecksilber-Infiltration der Initialsklerose 270; — durch Tracheotomie (Iroine) 404.
Syringomyelie 730.
Tabes 23. 80. 268. 270. 350. 512; (R. Bing) 266; (Gaucher) 85; (von Kétly) 266; (Moebius) 265; (Rénon) 350; (Wolter) 266.
— und Ödem (Kürbitz) 717.
— und Zoster (Alefeld) 730.
Tabetisches Malum perforans buccale (Henry) 729.
Talgdrüsen, intraepidermale, unter der Hornschicht (Pasini) 499.
Talgdrüsenansammlung auf der Nase von Föten und Neugeborenen (Galewsky) 441.
Tanninausschläge (Krölls) 728.
Tatofat s. Tinea imbricata.
Teleangiektasia der Haut 440; — multiple (Hawthorne) 364.
— follicularis annulata 529.
Teleangiektasienbehandlung mit Sublimatkollodium (Boing) 652.
Teratom-Proliferationen (Frank) 515.
Testikel s. Hoden.
Therapeutische Mitteilungen (Saalfeld) 558.
Thionol (Dohi) 399.
Tinea circinata s. Trichophytia.
— imbricata (Henggeler) 325.
— tonsurans s. Trichophytia.
Tokelau-Ringwurm s. Tinea imbricata.
Toxidermitis, infantile, Verdauungsstörungen und Buttermilch-Behandlung (Moliner) 676.
—, infektiöse (Galletta) 718.
Trachoma 630. 682.
Transplantation (Cameadey) 683; — Wundbehandlung nach (Weischer) 683
Treponoma pallidum s. Spirochaeta.
Trias Hutchinson s. Syphilis hereditaria.
— Landowski 685.
Trichiasis 397.
Trichoepithelioma 208.
Trichonodis (Galewski) 559.
Trichophytia 20. 319. 327. 331. 334. 337. 338. 340. 341. 394. 431. 613; (King) 19.
— durch Mikrosporon 685; —, Epidemie (Bloch) 484; (His) 483.
— — canis (Nicolas und Lacomme) 28.
— des Damhirsches, Übertragung auf den Menschen (Ceresole) 701.
—, ausgedehnte, mit Ulceration des Nabels (Sequeira) 400.
— capillitii (Üllmann) 226.
— der Nägel 369.
— und Radiotherapie 679. 681. 683; (Sabouraud) 241; (Sichel) 307.
Trichorrhexis nodosa 684.
Tripper s. Blennorrhoea.
Tropenkrankheiten der Haut (Henggeler) 325.
Tropen-Ringwurm s. Trichophytia.

Trophoneurose 367.
—, bullöse und gangränöse (Grossmann) 653.
Trousseaus Flecken s. Erythema, fleckiges meningitisches.
Tuberkelbazillen 79. 107. 128. 135. 148. 201. 208. 246. 430. 440. 448. 449. 488. 517. 560. 575. 621. 642. 675. 696.
— -Kulturen (Lewandowsky) 491.
Tuberkulid 22. 680; (Clason) 390; (Pick) 225; (Sandman) 386.
— bläschenförmiges (Terzaghi) 575.
— papulo-nekrotisches (Jadassohn) 478; (Moberg) 388.
—, subcutanes, noduläres (Winkler) 574. 654.
— -Narben (Jadassohn) 477.
Tuberkulin 23. 107. 354. 366. 440. 445. 448. 477. 493. 592; (Cranston) 298; (Leredde) 298; (M'Call Anderson) 410; — in das Rückenmark (Campana) 575.
Tuberkulöse Cystitis 488.
— Epididymitis 518.
— Funiculitis 615.
— Orchitis 518.
Tuberkulöser Fungus verrucosus (Jadassohn) 490.
Tuberkulosis 21. 23. 46. 86. 100. 107. 126. 130. 154. 200. 202. 207. 208. 241. 244. 245. 257. 294. 299. 354. 366. 388. 390. 402. 403. 404. 406. 432. 440. 448. 449. 450. 458. 484. 491. 492. 512. 519. 520. 547. 560. 561. 563. 592. 615. 621. 622. 625. 626. 641. 642. 649. 670. 673. 675. 677. 707. 708. 709. 717. 724; (Nobl) 286.
— -Diagnose und Pseudotuberkelbazillen (Mezincescu) 107.
— -Inokulation (Némorin) 107; (Huber) 107.
— und Prostitution (Spillmann) 665.
— und Erythem mit Atrophodermie (Nicolas und Favre) 568.
— und Purpura haemorrhagica (Beusaude und Rivet) 723; (Robert) 723.
— und Syphilis (Gaucher) 84; (Rénon) 139; — der Nase (Lete) 139.
— im Kindesalter (Bialky) 105; — der Drüsen 105.
— des Auges (Maruo) 655.
— der Blase (Akutsu) 399; —, Statistik der (Tanaka) 655; —, Diagnose der (Akutsu) 655; —, primäre (Chirone) 430; — und chirurgische Behandlung (Gowan) 429; (Sekiba) 655.
— cutis 22. 625. 633; (Campana) 575; (Heuck) 72; (Jadassohn) 178: (Kurita) 655; (Licharew) 696; (Sakurane) 655; — der Affen (Bärmann und Halberstädter) 106; — in Formosa (Aoki) 655; — am Amputationsstumpf (Jadassohn) 484; —, sekundäre (Némorin) 107; — verrucosa 492. 613. 679; (Ohno) 655; (Shelmise) 24; —, Behandlung der (Jeanselme) 132; — — mit X-Strahlen (Wynn) 19.
Tuberkulosis der Drüsen 484.
— der Gelenke 412.
— der Geschlechtsorgane (Legueu) 501; — und des Peritoneums beim Weibe (Leuret) 106.
— des Hodens, Behandlung der (Batut) 569.
— der Knochen 412. 484.
— der Lippen und am Mundwinkel (Kren) 227.
— der Lymphdrüsen 679.
— der Nieren (Akutsu) 399; (Asakura) 655; (Hottinger) 494; — und Hämaturie (Askanazy) 583; — Lokalisierung vor der Operation (Fenwick) 595.
— der Samenblase (Simmonds) 517.
— des Urogenitalapparates (Loerch) 598.
— der Vulva (Logethetopulos) 598.
— der Zunge (Kren) 227; —, primäre (Provera) 107.
— miliaris ulcerosa 613.
Tuberosis cutis pruriginosa (Hübner) 559.
Tumor der Zunge, gemischter kongenitaler (Rolando) 365.
Tumoren der Haut, multiple, mit Jucken (Schamberg und Hirschler) 80.
Tyloma 614.
Typhus exanthematicus 720; (Franco) 94.
Typhusbacillurie (Brown) 582.

Ulceration, chronische (Pollitzer) 126.
—, tropische (Fordyce und Arnold) 23.
Ulcus 128. 153. 154. 183. 207. 312. 679.
— der Harnblase (Okuniewski) 154.
— der Hornhaut 630.
— bei Hysterie (Dultz) 36.
— cruris 153. 368. 613. 624. 716; (Grossmann) 653. 654; —, Behandlung des (Brings) 369.
— diabeticorum 677.
— durum s. Initialsklerose.
— follicularis 499.
— molle 84. 128. 129. 133. 256. 319. 394. 395. 499. 615. 684. 712. 716; — extragenitalis (Grouven) 492; (Siebert) 316; — der Tonsille (Doutrelepont) 493; — -Behandlung (Migliorini) 317; — mit Kalomel und Jodkalium gleichzeitig (Roscher) 72; — mit Wärme (Welander) 316.
— phagedaenicum 495.
— rodens 26. 279. 280. 282. 283. 615. 679. 681. 682. 683.

Ulcus traumaticum linguae 615.
— varicosum, Behandlung des (Simpson) 19; — mit hochfrequenten Strömen (Mac Kee) 28.
— venereum 138. 145. 151. 183. 185. 627. 677; — -Behandlung mit hochgespannten Strömen (Mac Kee) 28.
— ventriculi 260.
Ulerythema centrifugum 21. 22. 25. 179. 319. 409. 447. 450. 568. 614. 645; (Jadassohn) 484; (Nobl) 231; (Ullmann) 235; — in früher Kindheit (Schamberg) 401.
— und Carcinom (Schmidt) 72.
— des Gesichts (Roscher) 72.
— der Nägel (Heller) 13. 496.
— der Unterlippe (Kren) 227; — und Wangenschleimhaut (Kren) 227.
—, akutes allgemeines 440.
— disseminatus 448.
—, ungewöhnliches (W. Pick) 415.
— -Behandlung 679. 680; (Jeanselme) 182.
Uncinaria americana 154.
Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.
Urämie 248. 593. 686. 722.
Ureter-Cyste, geheilt durch das Operationscystoskop (Klose) 595.
— -Stein (Parker) 590; — in verlassenem (Cautwell) 17.
Ureteren - Verdoppelung, inkomplette (Wulff) 645.
— -Verletzungen bei Uterusoperationen und ihre Behandlung (Humbert) 595.
— -Verschluſs durch Nierenbeckensteine (Löhe) 590.
— -Kombinationscystoskop (Freudenberg) 246.
Urethra des Mannes, hintere, sichtbar zu machen (Goldschmidt) 505.
Urethral-Ausfluſs (Neuberger) 485; — chronischer (Gans) 422.
— -Erkrankungen, Diagnose (Littlejohn) 648; — und Hauterscheinungen (Bettmann) 488.
— -Diverticulum 510; (Gansen) 506.
— -Fremdkörper (Bogdanik) 423; —, Hutnadel (Bishop) 423; (Pereira) 424; (Taylor) 424; (Weiss) 505.
— -Konkremente (Okuniewski) 154; — und Fremdkörper, Entfernung der (Schroeter) 423.
— -Rupturen, traumatische, Behandlung der (Reclus) 510.
— -Steine (Bate) 509; (Gansen) 506; (Morton) 510; — beim Kinde (Broca) 249.
— -Strikturen 383. 384. 410. 419. 422. 425. 706; —, traumatische, und Unfallversicherung (Pfeil) 505; — und Dilatation (Maurat) 422; — und Thiosinamin (Mohr) 423; —, angeborene und Urethrotomia interna (Galatzi) 649.
Urethral-Chirurgie (Barker) 648; (Federoff) 75.
— -Endoskopie (Goldschmidt) 422.
— -Kanüle (Zacco) 292.
— -Passierung, leichtere (Böttger) 693; (Ehrmann) 692; (Löblowitz) 381; (Veress) 695.
— -Spülung (MacMunn) 507.
Urethritis 37. 207. 384. 394. 486; — und Hauterscheinungen 207; — chronica beim Manne (Bernd) 19; — -Behandlung (Aronstein) 605; (Bernd) 19.
Urethroskop und ähnliche Instrumente, Stativ für (Frank) 504.
Urethrotomia 270. 399; (Ravasini) 423; — interne (Joly) 506.
Urin-Entleerung (Leedham-Green) 73.
—, Alkalienausscheidung (Gross) 579.
—, Chlorbestimmung im (Ekehorn) 590.
—, Eiweiſsbestimmung im (Reynaud) 582.
—, Pentosennachweis im (Bial) 587; (Jolles) 587.
—, Zuckerbestimmung im (Graziani) 591; (R. Levy) 591; (Röhrer) 590; (Rosenberg) 592; (Wagner) 591.
—, elektrischer Leitungswiderstand des (Kolischer und Schmidt) 847; — und des Blutes (Turner) 588.
—, Spektralanalyse des normalen und pathologischen (Parmentier) 578.
—, Paracolonbacillus im (Mair) 583.
— -Sedimente, Dauerpräparate aus (Wolff) 588.
— -Untersuchung mit der Zentrifuge (A. L. Benedikt) 578.
— -Gries und Behandlung (Dedet) 570.
— s. auch Albuminurie usw. usw.
Urogenitalapparat, Keimversprengung im (Engelmann) 501.
—, Verdauungskrankheiten (Ebstein und Schwalbe) 252.
—, männlicher (Lichtenberg) 566.
—, kongenitale Abnormität des (Smith und Smith) 501.
—, Wirkungen der Harnsäure auf den (Porten) 501.
Urogosan (Boss) 425.
Urologische Erkrankungen, Behandlung der (Böhme) 494.
— Operationen (Hock) 419.
Urophore (Friedländer) 509.
Urorrhoea 422.
Urotropin (Conrath) 45.
Urticaria 27. 89. 98. 568. 610. 704. 705. 717. 724. 726. 731; (Paramore) 242. 400.
— bullosa 700; — durch Wanzenbisse (Burian) 33.
— chronica (Finger) 477; — recidivans (Oppenheim) 226.
— depressa (Vörner) 567.
— factitia 13. 17. 391. 640.

Urticaria papulosa 236.
— perstans 300. 559; (Veiel) 482.
— pigmentosa 52. 54. 121. 122. 610; (Bohac) 643; (Breda) 365; (Engel) 365; (Moberg) 391; (Nobl und Kreibich) 488; (Swoboda) 235; (Toyama) 399.
— simplex 122.
Urticarielle und papulöse Dermatose (Grossmann) 654.

Vaccination 26. 234. 312. 393. 483.
— auf den Oberarm, Gefahren der (Chaumier) 100.
— in Bayern 1904 (Stumpf) 99.
— in Frankreich (Mazel) 100.
Vaccinations-Schutz (Voigt) 101; (Kraus und Volk) 227.
— -Verband (Levy) 101.
Vaccine 99. 147. 207. 228. 270. 442.
— -Erreger (Carini) 101; (Hauser) 101.
— -Körperchen bei Revaccination (Paschen) 100.
— bei Vierhändern (Brinckerhoff und Tyzzer) 102.
—, abnorm lokalisierte (Paul) 101.
—, generalisierte (Afzelius) 386
—, originäre (Vollmer) 642.
— -Lymphe (Kraus und Volk) 437; (de Waele und Sugg) 100.
Varicella 34. 99. 610. 670.
— -Histologie (Tyzzer) 95.
— -Blutuntersuchungen (Erben) 90.
—, Prodromalerythem (Anthony) 24.
—, konfluierende mit Fieber (Rolleston) 95.
— gangraenosa (Blackham) 96.
— syphilitica 481.
Varicellabehandlung mit Ichthyol (Love) 96.
Varicen 124. 706; (Grossmann) 653. 654; (Simpson) 19.
— und Unfall (Koch) 367.
— der Cruralgegend (Turazza) 368.
— bei Schwangeren und Gebärenden (Heller) 368.
Varicenbehandlung (Heller) 368; (Gerwin) 368; — mit Elektrizität (Mac Kee) 23.
Varicocele 246. 519.
— und Unfall (Koch) 367.
— -Operation (Corner) 516.
Variola 34. 100. 101. 107. 146. 165. 234. 341. 393. 632. 670.
— -Atiologie und Pathologie (Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins) 97.
— — und Diagnose, Bedeutung der Variolakörperchen (Jürgens) 97.
— -Zelleinschlüsse, als Protozoen beschrieben (Schrumpf) 99.
Variola bei Vierhändern (Brinckerhoff und Tyzzer) 102.
— -Luftübertragung (Ker) 97.
— und Cholera (Böing) 96.
— -Epidemie (Taconnet) 96.
Variolois 670.
Variolabehandlung und Diagnose (Leitch) 17.
— und „Abscès de fixation" (Coste) 99.
Vas deferens-Anastomose (Frank-Lydston) 518.
Vena renalis, Unterbindung der (Jungano) 569.
Venerische Krankheiten 207. 406. 615. 677. 709; (Jadassohn) 252. 253.
—, Verbreitung durch Soldaten 296.
Venerische Prophylaxe (D. Lewis) 18; — für Männer (Bernhart) 17.
Venerologie, Geschichte der (Manassein) 349. 395. 495. 564.
Verbrennung 448. 611; (Sonnenburg) 31.
— und Duodenalgeschwüre (Schweihofer) 32.
— und Psychopathien (Martin) 32.
—, Tod durch, Experimentelles über den 208; (Helsted) 31.
Verbrennungsblasen 635. 637.
Verbrennungsbehandlung mit Scillablättern und Tod 727; — mit Zinkperhydrol (Jacoby) 31; — mit Hauttransplantation 688; (Broca) 32; (Sneve) 32.
Verbrühung 270; — und Gangrän (Anspach) 32.
Verhornungsanomalien, kongenitale (Lewandowsky) 441.
Verkalkung 358; — des Vas deferens und der Samenbläschen (George) 518.
— subcutane (Stern) 270.
Verkehrsgefahren (Liebe) 432.
Verletzungen 611.
Vesikantien-Flüssigkeit (Telatizky) 673.
Verruca 360. 442. 492. 614. 680.
— und Fußstellung (Hardaway und Allison) 27.
— juvenilis 680.
— plana 217.
— senilis 394. 680; — an den Armen (Jadassohn) 490.
Vitiligo 13. 390. 395. 396. 415. 614.
— mit Anästhesie (Grossmann) 653.
—, symmetrische (Praetorius) 414; (Ullmann) 235; — familiäre (Ullmann) 226.
Vortragsreise (I. Bloch) 108.
Vulvitis 504. 615.

Weichselzopf 22; (W. Neumann) 298. 300.
Werlhofsche Krankheit s. Morbus Werlhofii.
Wunden, infizierte 676. 677.

Wundreiten und -laufen, Leukoplast bei (Schultes) 31.

Xanthelasma (Futcher) 363.
Xanthoma 363. 705.
—, generalisiertes (Heuss) 483.
— beider Oberlider bei Mutter und Tochter (Grossmann) 653.
X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.
Xeroderma pigmentosum 54. 279. 346. 357. 633. 685; (Low) 396; (Nicolas und Favre) 245; (Tsutsui) 399; (Zumbusch) 231.

Yap s. Tinea imbricata.
Yaws s. Framboesia.

Zaraath 102.
Zinkonal (Jordan) 715.
Zinkpaste, Lassarsche, in der Veterinärmedizin 289.
Zoster 236. 291. 568. 610. 640. 706. 712.
— und motorische Komplikationen (Hewlett) 729.
— und Neuralgie (Iwai) 655.
— und Pruritus (Bettmann) 729.
— gangraenosus 36; (Gellis) 235; — hystericus 390.
— bei Tabes (Alefeld) 730.
Zosterbehandlung mittels trockener Schröpfköpfe (Leale) 296.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abramow 262.
Aberastury, Maximiliano 210.
Adamson, H. G., Die Histologie eines Falles von Naevus linearis 242.
Addison 15. 365. 366. 414. 684.
Adone, Jean Bertrand, Über Purpura rheumatica. Gastrointestinale Störungen bei dieser Affektion. Ihre Rolle und pathogenetische Bedeutung 722.
Adrian, C., Die Rolle der Consanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen 346.
Afzelius, Lichen planus 386.
— Vaccina generalisata 386.
— Sklerodermie 388.
— Chronisches, rezidivierendes, juckendes, multiformes Erythema 390.
— 390.
Ahlström, Zur Kenntnis der subkonjunktivalen lipomatösen Tumoren 363.
Akutsu, S., Zwanzig Fälle von Nierentuberkulose 399.
— Über die Diagnose der Blasentuberkulose 399. 655.
— Referate 399.
Albarran 426. 524.
Albers-Schönberg, Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome 362.
— 596.
Aldehoff 90.
Alefeld, Hermann August, Zwei Fälle von Herpes zoster bei Tabes dorsalis 730.
Alexander 429.
Alexandriski, Gewebsnekrose (Eschara) nach Hg-Injektionen 35.
Alglave, P., Ruptur der vorderen Blasenwand infolge Falles auf den Rücken vom dritten Stockwerk herab; Operation, Heilung 650.
Alibert 684.
Allen, Charles W., Über die Häufigkeit der Hautkrankheiten 558.
— Vorschlag für internationalen Gebrauch von Skalen für Messungen in der Dermatologie 558.
— 25. 82. 243.
Allison, Nathanael, und Hardaway, W. A., Warzen, Schwielen und Hyperhidrosis und deren Beziehung zu fehlerhaften Stellungen des Fufses 27.
Almkvist, Mykosis fungoides 386.
— Leichentuberkel 388.
Alsberg 582.
Altmann 594.
—, Siegfried, Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen in Gastein 520.
Amann 599.
Amato, A., Zur Entstehung der Harncylinder 593.
Amende, Dietrich, Weitere Erfahrungen mit dem Lenicet, insbesondere dem 10%igen Lenicet-Vaselin 712.
Amicis, de 300. 433.
Ammon, v. 630. 659.
Amo, Ramón Fernández de Caleya y del, Antiseptischer Wert des Hetralins im Vergleich mit dem des Urotropins bei infektiösen Prozessen der Harnwege 711.
André, Über die angeblichen Rezidive nach Prostatektomien, die wegen einfacher Prostatahypertrophie ausgeführt wurden 295.
Anfreville, de, und Thiroux, Über die Behandlung von Tumoren des Hodensacks in den warmen Ländern 504.
Anspach, Adam, Ein Fall von schwerer Verbrühung und Gangrän beider unteren Extremitäten 32.
Antal 426.

Anthony, Henry G., Das prodromale Varicellenerythem 24.
— Ein Fall von Parakeratosis variegata 698.
Antyllus 618.
Aoki, Hauttuberkulose in Formosa 655.
Archimedes 618.
Aretaeus 684.
Arman, A., Das Thigenol in der Therapie der Hautkrankheiten und der Blennorrhoe 715.
Arnal, Auguste, Über die lokale Behandlung der sekundären Syphilide der Schleimhäute mittels Methylenblau 306.
Arndt 440.
Arning, E. 208.
Arnold, Carl, Repetitorium der Chemie 412.
—, W. F., und Fordyce, John A., Ein Fall von unbestimmter tropischer Ulceration von Nase, Pharynx und Larynx sowie Beobachtungen ähnlicher Fälle in Oceanien 28.
Arons, L. 678.
Aronstam, N. E., Papilloma giganticum der Genitalien 397.
Aronstein, Noah E., Rationelle Behandlung der Urethritis 605.
Asakura, B., Nachruf an Emil Burckhardt 399.
— Demonstration von Nierentuberkulose 655.
Ashmead, A. S., Antirheumatische Behandlung der Schuppenflechte der Fingernägel 20.
—, Albert J., Syphilis und japanische Rasseneigentümlichkeiten und Gewohnheiten 403.
Askanazi, Über Hämaturie als Initialsymptom primärer Nierentuberkulose 583.
Assmy, H., Über Leukoderma psoriaticum 310.
Aubertin, Ch., Die „essentielle" orthostatische Albuminurie 580.
— 581.
Auché 282. 283.
Audouin 684.
Audry, Ch., Über einen Fall von Epitheliomatosis pigmentosa (Paget) nebst einer Theorie des Carcinoma mammae 244.
— 49. 52. 53. 122. 210. 212. 224. 544. 572. 627.
Augagneur 210. 213. 224.
Auspitz 684.
Avramescu, Pop, und Joanitzescu, G., Durch Chinin hervorgerufene fixe, pigmentierte, erythematösblasige Eruption 720.
Axmann 624.
Ayrignac, J., und Brocq, L., Über den Stoffwechsel bei den Dermatosen. Teil III. Der Harn der Psoriatiker 83.
Baar, Gustav, Ein Beitrag zur Ätiologie der Otitis media acuta suppurativa post Morbillos 92.
Bab 486.
Babes 313. 421.
— V., und Panca, J., Über Spirochaeta pallida bei congenitaler Syphilis 190.
Babinsky 265.
Babut, Louis, Der Schanker der Mandeln 250.
Bacelli 322.
Bach, Hugo, Ein rasch wachsendes Rundzellensarkom der Prostata 525.
Bachmann, Hygienische Reformgedanken auf biologischer Grundlage 657.
Backhaus 262.
Backmann 632.
Bärensprung, v. 72. 194. 232. 684.
Bärmann 486.
—, Neisser, Albert, und Halberstädter, Ludwig, Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen 616.
—, Gustav 141. 143. 144. 152.
—, und Halberstädter, Ludwig, Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen 106.
Bäumer 48. 53. 122.
Baginsky 38. 313.
Bailey 591.
Baldassari, Experimente über die Plastik der Harnblase 508.
Ballenger, Edgar G., Prostata-Albuminurie als nicht seltene Ursache diagnostischen Irrtums bei der sogenannten orthostatischen, physiologischen und cyklischen Albuminurie 527.
— Albuminurie infolge von Prostataabscefs 580.
—, und Taylor, Wesley, E., Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida 186.
Balthazard, V., Unfallverletzungen der Hoden 295.
Balvey, Über sporadische Pellagra bei einer 30jährigen Frau 558.
Balzer 296. 547.
—, F., und Tansard, A., Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Instillationen von Höllenstein und nachfolgender Einführung eines Zinkbougies 249.
Bancroft, Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
Bang 620. 621. 680.
Banks, A. G., Purpura haemorrhagica während der Rekonvalescenz nach Scharlach 723.

Bannwart, J., Beitrag zur Kenntnis der spontanen multiplen Hautgangrän 418.
Baradulin, G. J., Echinococcus der Niere und dessen Diagnostik 644.
Bardeleben 31.
Bardin, Hector, Ätiologie, Diagnose und Therapie der Prurigo beim Kinde 37.
Barfred 589.
Barker, M. B., Beitrag zur Chirurgie der Ureteren 648.
Bartels 340.
Barthélemy, Über konzeptionelle Syphilis 557.
— 303. 406.
— und Lévy-Bing, Beitrag zum Studium der Injektionen mit wässerigen Lösungen von Hydrargyrum bijodatum 86.
—, T. 350.
Bartholini 239. 597.
Basedow 718.
Bassewitz, Ernst v., Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra? Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre des Aussatzes 102.
Bassoe, Peter, und Montgomery, Frank Hugh, Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, mit dem autoptischen Befund 243.
Bataille 488.
Bate, G., Ein Fall von periurethralem Abscefs mit Steinbildung 509.
Bateman 450. 452. 453. 463. 466. 469. 470.
Bateson, V., Die Identifizierung der Persönlichkeit mittels Abdrücke der Fingerkuppe 431.
Batut, Louis, Behandlung der Hodentuberkulose 569.
Baudéant, P. L. J., Hautveränderungen infolge von Autointoxikation während der Schwangerschaft 669.
Baum 441.
—, J. 300.
Baumgarten 599.
Bayard 686.
Bayer 452. 470.
Bazet, L., Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis mittels Epididymotomie 249.
— Vorläufiger Bericht über Epididymotomie zur Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis 516.
Bazin 297. 354. 390. 655.
Beaumes 684.
Beaunis 635.
Beck, C., Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis 190.
—, Carl, Die Röntgenmethode als Führer bei Operationen wegen Steinen in den Harnwegen 420.
Beck, Erich, Über Scharlachrezidive 40.
Beckmann 684.
Béclère 298.
Becquerel 33. 661.
Beer, A., Lebende Spirochaeta pallida seit drei Wochen (seit dem 15. Juni) 72. 172.
— Referat 171.
—, Edwin, Syphilis der Brustdrüse mit Erkrankung der Achsel und Supraclaviculardrüsen, einen Brustkrebs vortäuschend 259.
Befanti 684.
Beguinot, J., Über fehlerhafte Ernährung als Ursache der kindlichen Prurigo 37.
Behrend 395.
Behring 323.
Beigel 684.
Belfield, William J., Ein neues Instrument zur Behandlung der Hydrocele 514.
Bellantoni, R., Ein Fall von Idiosynkrasie der Haut gegen Sublimat 715.
Belt, E. Oliver, Syphilis des Uvealtractus 402.
Bence 580.
Benda 479.
Benedek, v., und Scherber, Versuche, Kaninchen durch Einbringung luetischen Materials im Auge zu infizieren 439.
Benedikt, A. L., Über die Urinuntersuchung mit der Zentrifuge 578.
—, Moritz, Ist die Blastemlehre Rokitanskys berechtigt oder nicht? 672.
Bengsch, Otto, Ein Fall von diabetischer Gangrän der Grofszehe; Nachweis der Arteriosklerose im Röntgenbild 414.
Benqué 33.
Bentz, Charles A., und Wende, Grover, W., Infektiöse Dermatitis 698.
Benzinger 377.
Berdal 488. 489.
Berger 684.
—, F. R. M., Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung 14.
— Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida 287.
Bergeron, André, und Nattan-Larrier, L., Die Spirochaeta pallida im Blute der Syphilitiker 188.
Bergmann 728.
Bériel, L., und Devic, E., Apoplexia hepatica im Verlauf der Syphilis 568.
Berliner 378.
—, Max, Über die Verwendung des Jothion 712.
Bernard, Léon, Frühzeitig auftretende Gehirnsyphilis bei einem Greise 265.
Bernd, Leo H., Behandlung von chronischer Urethritis beim Manne 19.
Bernhard 625.

Bernhardt, Georg, Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluß an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oberen Luftwegen 42.
Bernhart, Edm. J., Venerische Prophylaxe für Männer 17.
Bernheim 635.
Bernheimer, St., Zur Behandlung der Augenblennorrhoe 601.
Bernstein, Eine Flaschenspritze. Ihre Verwendung als Tripper- und Janetspritze 78.
— Entgegnung zu Blanks Bemerkungen über meine Publikation: Eine Flaschenspritze 348.
— 240.
Bertarelli 398. 406. 434. 437. 439. 478. 482.
—, E., Volpino, G., und Bovero, R., Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn bei Syphilis 190.
Besnier 179. 307. 340.
Betagh, Zur Spätwirkung der Nervendehnung beim Malum perforans pedis 729.
Bettmann, Über den Naevus acneiformis 15.
— Uber Leukonychia totalis 395.
— Hauterscheinungen bei Harnröhrenerkrankungen 488.
— Pruritus als Initialerscheinung des Herpes zoster 729.
— 207. 239.
Beurmann 701.
—, v., Roubinowitsch und Gougerot, Geistesstörungen bei Lepra. Mit Berücksichtigung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprösen 563.
Beusaude, R, und Rivet, L., Purpura haemorrhagica und Tuberculosis 723.
Bevan, Arthur Dean, Behandlung der Aktinomykose und Blastomykose mit Kupfersalzen 313.
Bewersdorff, Richard, Über Syphilis maligna 203.
Beyer, H., Ein kariöser Schneidezahn spontan aus luetischer Nase entfernt 258.
Beyou 635.
Biach, Arsenmelanose, Arsenkeratose 225.
Bial, Bemerkungen zu der Arbeit von A. Jolles „Über den Nachweis der Pentosen im Harn“ 587.
— 587.
Bialky, M., Zur Diagnose der Skrophulotuberkulose im frühen Kindesalter 106.
Bibergeil 485.
Bier 288. 319. 412. 488. 603. 676. 677. 678.
Bierhoff, Beitrag zum Studium der Prostatitis blennorrhoica 74.
Billroth 282.
Bing, Robert, Die Pathogenese der Tabes (Theorien und Tatsachen) 266.
Birkerod 632.
Bishop, T. H., Einkeilung einer Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes 423.
Bizard 350.
Blackham, R. J., Varicella gangraenosa 96.
Blanchard, R., Über Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen spezieller Art 188.
— 224. 334.
Blank, Bemerkungen zu Dr. Bernsteins Publikation „Eine Flaschenspritze“ im 5. Heft des XI. Bandes dieser Zeitschrift (Monatsber. f. Urologie) 240.
— 348. 565.
Blaschko, A., Über Spirochätenbefunde im syphilitisch erkrankten Gewebe 189. 270.
— Die Topographie der Hautnerven und ihre Bedeutung für die Dermato-Pathologie 298. 410. 574.
— Erythrodermie pityriasique Brocq 483.
— 166. 207. 225. 433. 442. 483. 559. 641. 642.
Blasius 470.
Bleibtreu, Leopold, Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach 41.
Blix 660.
Bloch, Lupus pernio 483. 484.
— 687.
—, Iwan, Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise 108.
— 344.
—, Oscar E., Die therapeutische Anwendung der X-Strahlen in der Dermatologie 19.
—, Rudolf, Ein Instrument zur aseptischen Einführung von weichen Kathetern 506.
Bloebaum, F., Eine neue, kombinierte Heilmethode bei Lupus 131.
— Ein weiterer Beitrag zur Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik 354.
Blokusewski, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 395.
Blum, S., Spirochaeta pallida 187.
Bodiou, F. T. M., Über die Hämatocele des Nebenhodens 516.
Bord, Benjamin, Kleinste syphilitische Schanker (Chancres nains) auf der Lippe und der Zunge 569.
Bockhart 684.
Boeck, C., 22. 23. 193. 209. 210. 211. 213. 214. 223. 448. 574. 654. 684. 701. 713.
Boeckhart 240.
Böhme, F., Ein Fall von Blennorrhoe und Bilharzia-Erkrankung (Kap-Hämaturie) 73.

Böhme, F., Kurzer Bericht über durch Biersche Stauung mit Saugglocken bei Bubonen und einigen urologischen Erkrankungen erzielte Erfolge 494.
Böing, H., Epidemiologisches: Pocken und Cholera 96.
Bönninghausen, F. v., Ein Fall von Holzphlegmone 322.
*Böttger, Wilh., Ein altbewährter Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae 693.
Bogdanik, Josef, Fremdkörper in der Harnröhre 423.
Bogrow, Perlèche 556.
— Elimination des Quecksilbers bei Enésol 556.
Bohač, Carl, Über artifizielle Dermatitis durch den Gebrauch eines Haarfärbemittels 35.
— Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa 643.
Boing, Die Behandlung von Teleangiektasien mit Sublimatkollodium 652.
Bois, Ch. Du, Ichthyolbäder in der dermatologischen Therapie 676.
Bokay, v. 89.
Bolle, Ludwig, Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Elephantiasis 324.
Bonhoff 723.
Bonin, Robert, Ein Ganglion auf dem Fußrücken 365.
Bonnafy 328. 335. 339. 340.
Bonnet 566.
Bordet 478.
Borelius 430.
Borjakowsky 597.
Borrmann, Ein Fall von Morbus Addisonii infolge entzündlich-hyperplastischer Wucherung beider Nebennieren auf traumatischer Grundlage 365.
Boruttau, Heinrich 707.
Borzecki 2.
Bosc 99.
Bosellini, Über eine chronische warzenartige Dermatitis der Hände 351.
— Über die Epidermolysis bullosa hereditaria (Dermoepidermolyse) 498.
—, L., Zwei Fälle von familialem Pseudo-Milium colloidale 701.
Boss, S., Über Urogosan, ein neues sedatives Blasenantiseptikum 425.
— Die Balsamtherapie der Blennorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans und Santyls 605.
Bottini 419. 520. 522. 523. 525.
Bottstein, H., Über Santyl, ein reizloses internes Antiblennorrhoicum 607.
Boulangier 16.
Bourru 635.
Bovero, R., Bertarelli, E., und Volpino, G., Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn bei Syphilis 190.
Bowen, John T., Die Klassifikation der Blaseneruptionen 26.
— Ein Fall von Lichen spinulosus 647.
— 27. 209. 210. 211. 213. 224.
Boyant, W. Sohier, Syphilitische Labyrintherkrankungen 240.
Boyreau, G., Vereiterung der Leistendrüsen beiderseits und Ödem der Geschlechtsteile 409.
*—, M., und Constantin, E., Über eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut 544.
Bragagnolo, Die Behandlung des Erysipels 322.
Brainard 684.
Branch, W. J., Der Rassenfaktor in Beziehung auf das Vorherrschen der Syphilis unter den Einwohnern der Inseln unter dem Winde 648.
*Brandweiner, Alfred, Purpura annularis teleangiectodes 529.
— Versuche über aktive Immunisierung bei Lues 141.
— Erwiderung auf Herrn Dr. Kraus' Bemerkungen zu dem Aufsatze: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues" 142.
— Lichen scrofulosorum 225.
— Diffuse Melanose 226.
— Strophulus infantum 236.
— 142.
Braun, R., Über einige mit den Spermathanaton-Pastillen gemachte Erfahrungen 665.
Breda, Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa 365.
—, Achille, Brasilianische Framboesie oder Bouba 558.
Breitenau 262.
Brew, James, Ein Fall von Reinfektion der Syphilis 18.
Brickdale, J. M. Fortescue, Scarlatina ambulatoria 41.
Brickner, Samuel M., Fibroma molluscum gravidarum: ein neuer klinischer Begriff 863.
Bridoux, L. A. A., Die Beziehungen der hereditären Knochensyphilis zur Osteïtis deformans (Paget) 201.
Bright 21. 248. 568. 588. 684.
—, Richard 44.
Brinckerhoff, Walter R., und Tyzzer, E. E., Experimentalstudien über Variola und Vaccinia bei Vierhändern 102.
— —, Councilman, Magrath, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
Brings, J., Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 369.
Broca, A., Hauttransplantation nach

italienischer Methode wegen fehlerhafter Narbenbildung an den Fingern infolge einer Verbrennung 82.
Broca, A., Steine in der Urethra beim Kinde 249.
— Furunkel des Ohres mit Lymphangitis 321.
Brocharet-Rigaud 370.
Brocq, L., und Ayrignac, Über den Stoffwechsel bei den Dermatosen. Teil III. Der Harn der Psoriatiker 83.
— 20. 35. 132. 340. 483.
Brönnum, A., und Ellermann, V., Spirochaeta pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria 182.
Bronson, Edward Bennet, Blaseneruptionen und ihre Klassifikation 27.
— 26. 349.
Brooke 122.
—, H. G. 256. 300.
Brown, Philip King, Zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme desquamativum, davon der eine verbunden mit Purpura, mit Erörterung der zugrunde liegenden Konstitutionsbedingungen 18.
Brown 146. 254.
—, Dods, Typhusbacillurie 582.
Bruck, C., Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken 664.
Brüning, Echinococcus der Harnorgane 641.
Bruce 649.
Bruck, Martin, Die guten Sitten und der Bordellverkauf 174.
— 228.
Bruhns, C., Über Aortenerkrankung bei kongenitaler Syphilis 201. 207.
Bruck, Franz, Ist der Syphilidologe existenzberechtigt? 615.
Bruni, Die Methode von Cathelin bei der Behandlung der essentiellen Harninkontinenz 420.
Brunn, von, Über den jetzigen Stand der Frage nach den Erregern der Geschlechtskrankheiten 669.
Brunner, Glykogen in der Haut 492.
— 668. 669.
—, Conrad, Zur Ausscheidung von Mikrobien durch die Schweifsdrüsen 668.
Bryan, C. A. D., Rezidivierender Herpes gestationis 730.
Bryane, W, Schier, Primäre Ohrsyphilis 402.
Brytschew, Pityriasis rubra pilaris Devergie 696.
Bucaille 176.
Buchner 145. 619.
Bünger 520.
Bukovsky, J., Pathologische Veränderungen bei chronischem Tripper der Harnröhre 702.
— 210. 211. 213. 224.
Bukowski, Rudolf, Über das Mosersche Scharlachserum 88.
Bulkley, Frank S., Ein Fall von Prostatacarcinom (nach der Operation diagnostiziert) 524.
—, L. Duncan, Der Einfluſs der Menstruation auf gewisse Hautkrankheiten 704.
— Über die Beziehungen von Haut- zu inneren Erkrankungen 705.
— 82. 210. 224.
Bunch, J. Lemare, und Pernet, George, Die opsonische Behandlung mancher Hautkrankheiten 646. 698.
Burchard 612.
Burckhardt 426. 427.
Burian, Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa 33.
Burmeister 594.
Burnet, James 20.
Burnin 603.
Burns, Frederick, und White Charles J., Die Entwicklung eines Falles von Mykosis fungoides unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen 82.
Burot 635.
Burow 443. 611. 612. 613.
Buschke, A. 207. 208. 435. 478. 480.
— und Fischer, W., Über die Lagerung der Spirochaeta pallida im Gewebe 187.
— Topographie der Spirochaeta pallida in den Geweben 296.
— Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur kongenitalen Syphilis 643.
— 207.
Busck 621. 628.
Bushnell, F. G., und Williams, Winkelried, Kurze Bemerkung über die verminderte Phagocyteneigenschaft der eosinophilen Blutzellen in einem Falle von Dermatitis herpetiformis 79.
Busse, O., Über Aortenaneurysmen und ihre Beziehungen zu Syphilis und Unfall 263.
Butler, W. K., Syphilitische Veränderungen des Auges 241.
Butlin, H. T., Das Carcinom ist eine parasitäre Erkrankung 355.
Butte, L., Entwurf zu einem Gesetz betreffend die zu ergreifenden Maſsregeln bei jungen Minorennen, welche sich gewohnheitsmäſsig der Prostitution ergeben, in der von dem Redaktionskomitee der extraparlamentarischen Kommission der Sittenkontrolle angenommenen Fassung 407.
Buzzi 210. 211. 213. 214. 223.

Cabot, Follen, Bemerkungen über vier Fälle von Penisepitheliom 18.
Cajal, Ramon y 406.

Calderone, Folgezustände der Urethralblennorrhoe in der rudimentären Prostata des Weibes 351.
— Glossitis arcata chronica 498.
Calkins, Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson und Bancroft, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
Callomon, Fritz, „Isolierter" Pemphigus der Schleimhäute 397.
Calonne, Valentin, Pathologische Associationen bei Raynaudscher Krankheit 716.
Cameadey, John Egerton, Eine Vereinfachung der gebräuchlichen Hauttransplantationstechnik 683.
Campana, Die Alopecia areata 574.
— Die Ernährungsstörungen der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen in den Hirnhemisphären der Tiere, besonders der Kaninchen und Tauben 574.
— Über eine Schrift über den Pemphigus foliaceus 574.
— Die Injektionen von Tuberkulin (antea) in das Rückenmark von Meerschweinchen 575.
— Hauttuberkulose 575.
Campani und Formiggini, Zur Pathogenese der Pseudophosphaturie 589.
Campbell, M., Ein Fall von Masern im Puerperium 93.
— Ralph R., Betrachtungen über die Spätformen der hereditären Syphilis 194.
— Der diagnostische Wert der Triassymptome bei hereditärer Syphilis 240.
Campe, Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe 45.
Camurri, V. L., Beitrag zum Stoffwechsel der Pellagrösen 719.
Canon, Sind die bei der akuten Blennorrhoe des Mannes üblichen Injektionen eine rationelle Behandlungsweise? 609
Cantonnet, Marcel, Incontinentia urinae et alvi bei hereditärer Spätsyphilis 201.
Carier, Albert E., Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren?
Carini, A., Sind die Vaccineerreger Spirochäten? 101.
Carle, Diskussion über den Bericht über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der französischen Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften auf dem Kongreſs zu Lyon im August 1905 651.
— 210. 224.
Caspary 16. 166. 210. 224.
Castellani, Aldo, Untersuchungen über Framboesia tropica (Yaws) 314.
Casper 253.
Cathelin 249. 420.
— F., Was soll von der Cystoskopie „à vision directe" verlangt werden? 503.
Cautwell, Frank V., Stein in verlassenem Ureter 17.
Cazenave 452. 470.
Celsus 573. 684.
Cercha 597.
Ceresole, G., Ein Fall von Übertragung einer Trichophytiasis des Damhirsches auf den Menschen 701.
Césarin 479.
Chaboux, G., und Jambon, A., Histologische Studie über die Bartholinischen Drüsen 597.
Chaillou, M., und Rénon, Louis, Die in einer groſsen modernen Schule zur Abhaltung zweier Epidemien getroffenen Maſsnahmen 666.
Chalmers, A. K., Das Exanthem bei Meningitis cerebrospinalis 720.
Chamberland 100.
Chanina, R. 552.
Chanoz, Elektrische Behandlung der Hypertrichosis 652.
Chantemesse 571.
Chanu, L., Über das Zungensarkom 361.
Chapellmann 271.
Charcot 635.
Charlouis 684.
Charpentier, Paul, Beobachtung eines Falles von orthostatischer Albuminurie 295.
Chase, Melville und Tenney, Benjamin, Mortalität nach Prostatektomie 526.
— Richard F., Magensyphilis 402.
Chassuignac, Charles, Syphilitische Affektionen des Anus und des Rektum 402.
Chatin, Alfred, Syphilis, Quecksilber und Schwefel 350.
— Die Lichtbehandlung des Lupus in der Klinik des Hôpital Saint-Louis 469.
— Über Schwefelquellen und Syphilis 558.
Chatiniére 632.
Chaumier, E., Die Gefahren der Kuhpockenimpfung auf den Oberarm 100.
Chetwood, Charles H., Prostatitis ohne Vergröſserung der Prostata 520.
Chiari 201. 262. 518.
Chipault 729.
Chirone, Primäre Tuberkulose der Harnblase 480.
Christin, Emanuel, Albuminurie und Menstruation 579.
Cimoroni, Die syphilitische Stenose des Pylorus 259.
Clark, George C., Behandlung der akuten Blennorrhoe 19.
—, J. Bayard, Blennorrhoische Infektionen und des Arztes Verantwortlichkeit 599.

Clason, Akute multiple Hautgangrän 389.
— Tuberkulide 390.
Claude, Octave und Dobrovici, Fünf Todesfälle infolge von Injektionen mit grauem Öl 571.
Clausen 439.
Clavel, Georges, Über Eruptionen nach Injektionen von Diphtherieserum 718.
Cléjat, C., und Petges, G., Atrophische Sklerose der Haut und allgemeine Myositis 245.
Cleland, J. B., Betrachtungen über einen Fall von Pest 686.
Clementz 475.
Cloquet 344.
Cnopf, Über den Einfluß des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welche im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurden 45.
Coe, John W., Die Behandlung von Purpura und Hämophilie 722.
Coenen, Hermann, Zur Kasuistik und Histologie des Hautkrebses 357.
Cohn, Mykosis fungoides 441.
— Generalisierte, exfoliierende Erythrodermiie 441.
— Dermatitis herpetiformis 488.
— Dermatitis herpetiformis und Arsenkeratose 488.
— Cutis laxa 488.
— Pityriasis rubra pilaris 490.
— Lymphangiome mit eosinähnlicher Entzündung 490.
—, J., Zur Würdigung der Bottinischen Operation 525.
—, Max, Die Behandlung des eingewachsenen Nagels 30.
Cohnheim 47. 121.
Colles 16. 136. 684.
Colley 677.
Combéléran, C., Die Oberflächenspannung des Urins bei der Syphilis, der Blennorrhoe und bei einigen Hautkrankheiten 28.
— Psoriasis papillomatosa 409.
Combry, 684.
Conradi, Erich, Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle aus der dermatologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik, beobachtet im Studienjahr 1897/98 609.
Conrath, Julius, Über den therapeutischen Wert des Urotropins mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten 45.
*Constantin, E., und Boyreau, M., Über eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut, 544.
Conti und Zuccola, Über die feine Lokalisation des Quecksilbers im Organismus 713.
Conzen, Franz, Über Arsenikneuritis 782.
Cook 579.
Cooper 480.
—, A., Einige ungewöhnliche Variationen des syphilitischen Erythems 256.
— Astley Paston, Ein Fall von syphilitischer Daktylitis der Zehe 255.
Corlett, Analyse von 65 Fällen von blasenartigen Erkrankungen der Haut 699.
— 559. 647.
—, William Thomas, Eine Umwandlung in der medizinischen Erziehung in Amerika, die Anerkennung der Dermatologie 24.
Corner 426.
—, E. M., und Nitch, C. A. R., Die unmittelbaren und späteren Resultate der hohen Operation bei Varicocele 516.
Corson, Eugene R., Syphilis bei den Negern 241.
Coste, F. J. F., Über den „Abcès de fixation" in der Therapie der schweren Variola 99.
Cotte, Gaston, Karbolgangrän 34.
Cotterell 480.
Cotton, A. C., Eine Epidemie von Vulvovaginitis unter Kindern 607.
Councilman, W. J. 99.
—, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
— Einführung zu: Experimentalstudien über Variola und Vaccinia, von Brinckerhoff und Tyzzer 102.
Courcoux, Alfred, Pathogenetische und klinische Studie über die orthostatischen Albuminurien 580.
Crary, Geo W., Ein Fall von akutem septischem Pemphigus 24.
Credé 601.
Cremer, Arsen und Sublimat bei Infektionskrankheiten 394.
Creut 350.
Crocker, H. Radcliffe, Über die Ursache der Alopecia areata 558.
— 568.
Cronquist, Carl, Ein Fall von Folliculitis cutis blennorrhoica 15.
— Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen die Blennorrhoe 599.
Crooke 262.
Croskey, John Welch, Syphilis des Auges 404.
Crume, George P., Wirkung von Kleidung und Sonnenschein bei der Syphilisbehandlung 402.
Csiky, M. v., Spirochätenbefunde bei Syphilis 183.

Caillag, J., Beitrag zur Lehre von den symmetrischen Gesichtsnaevi 14.
— Beitrag zur Kenntnis des Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) 122.
Cube, v. 153.
Cuisinier, Louis, Über die Rolle der Leukocyten bei der Resorption und der Fortschaffung des Quecksilbers 673.
Curie 520.
Curschmann 253.
Cushing, Stomatitis und Impetigo contagiosa 312.
Cuturi, Philippe, Über einen Fall von einseitiger chronischer Nephritis, verursacht durch eine grofse Blasenzelle 571.

Daccò, Ein neuer Apparat für Quecksilberfumigationen 714.
Dagenneville, Die symmetrische kongenitale Faltenzunge 258.
Dalous 210. 212. 213. 223. 224. 283. 547.
Danielsen 684.
Danlos 86. 210. 224.
Dantes 687.
Danville, E. François, Störungen in der Ernährung und Harnausscheidung bei diathesischen Hautkrankheiten (Ekzem und Psoriasis) 667.
Darier 14. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 220. 221. 222. 223. 224. 246. 291. 297. 298. 362. 574. 614. 654. 684. 701.
Dassonville 701.
Davidescu, Ch. A., Beiträge zum Studium der Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus 714.
Daviel 601.
Davis, Gilman, Die Diagnose von tertiärsyphilitischen Veränderungen im Pharynx 241.
Davydow, Tinctura jodi und Gonokokken 700.
Dauchez, H., Sind die intermittierenden Albuminurien des Kindesalters von Nephritiden abhängig? 294.
Daulos 21.
Decroo, J., Über symmetrische kongenitale hereditäre Keratose der Extremitäten 307.
Dedet, Oxalsaure Salze enthaltender Harngries und seine Behandlung 570.
Delbanco 203.
Demetriade 483.
Demme 313.
Dercum 684.
Derenbourg 378.
Desnos, E., Die Behandlung der blennorrhoischen Cystitis 607.
Detot, E., Die infektiösen Erytheme 38.
Deutsch 225.
Devaux, Heilung eines obstinaten Pruritus durch Injektionen von Trunececkschem Serum 497.
Devergie 401. 452. 684. 696.
Devic, E., und Bériel, L., Apoplexia hepatica im Verlauf der Syphilis 568.
Deutschmann 363.
Deroux, Radiographische Irrtümer bei der Untersuchung auf Harnsteine 650.
Diday, 16. 232. 233. 284.
Diehl, Rudolf, Ein seltener Fall von akuter parenchymatöser Degeneration der Nieren mit Ausgang in Nekrose der Rinde 595.
Dieudonne 619. 622.
Dieulafoy, Tertiärsyphilitische Lippenerkrankung 257.
— Einige Betrachtungen über die Aortitis syphilitica 263.
Dind, E., Neue Ekzembehandlung mit flüssigem Asphalt 478.
— 208.
Disque, Thomas J., Chronische Prostatitis 18.
Dittel 154.
Dobrovici 210. 224.
— und Claude, Octave, Fünf Todesfälle infolge von Injektionen mit grauem Öl 571.
Doctor 223. 224.
—, Alex., Ist die Syphilis eine schwerere Krankheit als der Tripper? 135.
Döhle 140. 148.
Doehler 262.
Doevenspeck, Wilh., Intravenöse Jodkaliuminjektionen bei Syphilis 306.
Dohi, K., Thionol, ein neues, geruchloses Ichthyolpräparat von Shimoyama 399.
— Demonstration eines Falles von Lupus vulgaris 655.
Dommer, F. 270.
Donath, Julius, und Landsteiner, Karl, Über paroxysmale Hämoglobinurie 584.
Donné 478.
Donovan 316.
—, John A., Syphilitische Augenerkrankungen 648.
Dor, Louis, Die Sporotrichose 315.
Dore, S. Ernest, Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten, besonders in Beziehung auf gewisse Angioneurosen 567.
— Über Hautaffektionen bei verschiedenen Krankheiten, speziell in bezug auf gewisse Angioneurosen 646. 698.
— 568.
Dorland, W. A. Newman, Die modernen Ansichten über kongenitale Syphilis 648.
*Doswald, D. C., und Kreibich, D. K., Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene 634.

Doutrelepont, Ulcus molle auf der linken Tonsille 493.
— 207. 208. 315. 390. 413. 433. 440. 478.
Doyen 128. 307.
Dresch, Behandlung der Syphilis in den Schwefelthermen 497.
— George, Über Schwefelbäder bei Syphilis in Verbindung mit Injektionskuren 558.
Dreuw 340. 562.
Dreyer, Ein Fall von Blennorrhoe der angeborenen dorsalen Penisfistel 75.
— Bullöse Eruption (artefizielle) 642.
— 89. 168. 169. 482. 628. 629. 632.
—, Albert, Über Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis 397.
Droumaguet, Yves le, Der Krebs des Zahnfleisches 358.
Dubois 684.
Dubreuilh, W., Miliare Fibrome der Follikel mit nachfolgender Sklerodermie 246.
— 282. 283. 440.
Ducrey 129. 684.
Düring, E. v., Therapie der Psoriasis 308.
— 262.
Dühren, Eugen, Rétif de la Bretonne. Der Mensch, der Schriftsteller, der Reformator 179.
Dufour 581.
Duguid, W. R., Eine Serie von Fällen von Icterus neonatorum 416.
Duhot, Über eine Harnblasengeschwulst, von der Harnröhre ausgehend 506.
—, R., Die progressive Paralyse und die Fournierschen protahierten Quecksilberkuren. Die Gefahren der Methode 267.
— Ergänzende Bemerkungen bezüglich der Abortivbehandlung der Syphilis 302.
— Über die Abortivbehandlung der Syphilis durch sehr intensive Therapie 303.
Duhring, Louis A. 25. 83. 244. 390. 409. 684.
— 574.
Dukes 94.
Dultz, Ernst, Ulcera cutanea bei Hysterie 86.
Durante 306.
Duval, Charles W., Die Protozoen des Scharlachfiebers 39.
Duvard, L. H. M., Fremdkörper in der kindlichen Blase, ihre Diagnose und Extraktion 425.

Eason, J., Die Pathologie der paroxysmalen Hämoglobinurie 585.
— Einige Beobachtungen über anfallsweise auftretende Hämoglobinurie 585.
Ebing 554.
Ebstein, W., und Schwalbe, J., Handbuch der praktischen Medizin. II. Band: Die Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Die venerischen Krankheiten 252.
— 341.
Eckstein, H., Paraffininjektionen und Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken 431.
— 240.
Egis 89.
Ehlers 203.
Ehrenfest, Eine einfache Vorrichtung zur Blasenspülung 74.
—, Hugo, Ein einfacher Apparat zur Blasenspülung 507.
Ehrlich 47. 48. 49. 50. 51. 53. 54. 57. 114. 121. 158. 159. 162. 163. 164. 165. 166. 168. 169. 210. 211. 224. 225. 229. 231. 262. 347. 433. 440. 442. 479. 481.
—, L. 657.
—, S., Eisen- und Kalkimprägnation in menschlichen Geweben, insbesondere den elastischen Fasern 674.
*Ehrmann, Oscar, Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von Löblowitz: Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae 692.
— und Vieth, H., Die Nebenwirkungen der Balsamica 710.
—, R., Zur Wertbestimmung des Adrenalins 710.
— S., Röntgenulcus 231.
— Spirochaeta pallida 286.
— Zur Topographie der Spirochaeta pallida in der krustös werdenden Papel 286.
— Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson) 297.
— Über die Peri- und Endolymphangitis syphilitica 558.
Eichstedt 684.
Eisenstadt, L., Die Mindestkosten der Behandlung der arbeitsfähigen männlichen Geschlechtskranken in der Krankenversicherungs-Praxis 394. 495.
Eitner, Ernst, Beiträge zur Radiometrie 680.
Ekehorn, G., Ein einfaches Verfahren zur approximativen Bestimmung des Chlorgehalts im Urin 590.
Eliasberg 486.
Elieser, R. 275.
Ellermann, V., und Brönnum, A., Spirochaeta pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria 182.
Elliot 82. 242.
—, G. 209.
Elliott, A. F., Purpura im Verein mit Arthritis und visceralen Affektionen 722.

Ellis, Havelock 344.
Elschnig 439.
Elster 689.
Eltester, Otto, Die syphilitischen Geschwülste der Leber im Anschluſs an zwei in der Charité operierte Fälle 255.
Embden 91.
Emerson, Charles P., Über Harncylinder 592.
Emery 210. 211. 224. 572.
Engel, Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa 365.
— 520.
Engelhard, Wilhelm, Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit ungewöhnlichem Ausgang 724.
Engelmann, Alfred, Ein Fall von multipler Keimversprengung im Urogenitaltraktus 501.
Engman, M. F., Vorläufige Mitteilung über die Anwesenheit von Indican im Urin bei Dermatitis herpetiformis 83.
— und Mook, W. H., Epidermolysis bullosa und die angeborene Abwesenheit elastischen Gewebes 24.
Engmann 226.
Erben, Franz, Klinische Blutuntersuchungen bei Masern, Scharlach und Varicellen 90.
— Ein Fall von Pentosurie 587.
Erdmann, E., und Tomaszewski, E., Über neue Haarfärbemittel 430.
Erdös, Adolf, Über meine Erfahrungen mit Arhovin 710.
Ermengem, van 188.
Ernst 358. 421.
Eschbaum 288.
Escherich 46. 89. 94.
Esmarch 75. 619.
Essinger, Ludwig, Über die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Fadenpilze 665.
Etienne 263.
Eustach 42.
Euthybul 210. 213. 223.
Eutz, B., Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis 393.
Evler, C., Über günstige Beeinflussung eines Karbunkels durch Röntgenbestrahlung 321.

Fabry, J., Hautblastomykose 208. 441.
— Lymphangioma cysticum scroti 208. 441.
— 149. 208. 210. 213. 214. 559. 644.
Fahr 54. 122.
Faisans, F. P. B., Die perineale Drainage mit der Pezzerschen Sonde als palliative Behandlung gewisser Fälle von Prostatahypertrophie 521.
Fanceschini, Noohmals über die Kontagiosität der tertiären syphilitischen Manifestationen 352.
Fano, G., und Liebmann, V., Beitrag zur Lehre der sogenannten sarkoiden Geschwülste 124.
Fanoni, Antonio, Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida bei Syphilis 151.
— Die Spirochaeta pallida bei Syphilis 185.
Fasal 210. 224.
Faure und Lemierre, Die blennorrhoische Septikämie und Pyämie 602.
Favre, M., und Nicolas, Joseph, Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Klinische und histologische Untersuchungen 245.
— Behandlung der Alopecia areata durch passive Hyperämie der Kopfschwarte unter Kompression mit einem Gummibande 295.
— Groſsfleckiges Hauterythem mit Atrophodermie bei einem Tuberkulösen 568.
Fedoroff, S. P., Zur Chirurgie der Harnleiter 75.
— Zur Kasuistik der Verletzung der Harnblase 347.
— 494.
Fehleisen 685.
Fels, J., Über rituelle Circumcision 421.
Fenwick, Hurry, Über die genaue Lokalisierung tuberkulöser Herde in den Anfangsstadien der Nierenerkrankung bei Frauen vor der Operation 595.
Féré, Ch., Symptomatische Masturbation (larvierte Epilepsie) 292.
— Die Mifserfolge der Kunstgriffe zur Herbeiführung der Befruchtung 294.
Feuerstein, Leon, Referate 31. 43. 45. 89. 91. 93. 94. 100. 101. 102. 105. 108. 129. 130. 186. 187. 188. 190. 194. 202. 257. 258. 263. 266. 267. 303. 310. 311. 318. 317. 319. 321. 323. 362. 418. 419. 421. 426. 500. 504. 506. 511. 513. 519. 524. 576. 588. 590. 599. 607. 609. 615. 664. 669. 673. 676. 677. 678. 680. 703. 709. 712. 714. 720.
Filaretopoulo, G., Die Behandlung der Goutte militaire mittels des Dynamoinjektors 176.
Filatow 94.
Finger, Ernest, Superinfektion, Reinfektion und Immunität bei Syphilis 282.
— Untersuchungen über Syphilis an Affen 393.
— 11. 73. 140. 141. 207. 228. 232. 284. 285. 253. 254. 433. 439. 482. 483. 710.
— und Landsteiner, K., Untersuchungen über Syphilis an Affen 142.
— Mitteilungen über Syphilisimmunität 207. 439.

Finsen 20. 33. 130. 131. 132. 155. 158. 162. 165. 169. 396. 409. 431. 484. 617. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 632. 633. 678. 680. 682. 683.
Fischel, L., Strichförmige Hauterkrankungen 238.
— 55.
Fischer, Emil, und Mering, J. v., Über eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln 711.
—, Louis, Kongenitale (hereditäre) Syphilis 403.
—, M., Die Geschwülste der Harnblase 511.
—, W., und Buschke, A., Über die Lagerung der Spirochaeta pallida im Gewebe 187.
— Topographie der Spirochaeta pallida in den Geweben 296.
— 207. 480.
— Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur kongenitalen Syphilis 643.
Fleischer, Julius, Zur Kenntnis des Erythema infectiosum 93.
Flemming 49. 114. 115. 120. 160. 214.
Fletcher, H. H., Die Behandlung von Lichen tropicus 241.
Flexner, Simon, Die Ätiologie der Syphilis 139.
Flügel, Karl, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis 153.
Focachon 635.
Folin 582.
Foote, Charles O., Über Blasenhyperästhesie 510.
Fordyce, John A., Bericht über einen Fall von Hirnsyphilis 20.
— Einige Beobachtungen von einem Besuch im Kopenhagener Finsen-Institut 21.
— Einige Bemerkungen zu einem Besuch in Christiania und Bergen 22.
— 26. 698. 732.
— und Arnold, W. F., Ein Fall von unbestimmter tropischer Ulceration von Nase, Pharynx und Larynx sowie Beobachtungen ähnlicher Fälle in Ozeanien 28.
Forel 490. 635.
Formiggini und Campani, Zur Pathogenese der Pseudophosphaturie 589.
Forster, F. C., Ichthyol zur Behandlung von angioneurotischem Ödem 717.
Forthomme, M. G. H., Hypospadie der Eichel und des Penis; ihre chirurgische Behandlung 504.
Fournier 85. 194. 202. 203. 206. 240. 251. 258. 267. 350. 703.
—, Alfred, Ist die Syphilis heilbar? 350.
—, Edmund, Onychomalacia syphilitica 650.
Fouquet, Ch., Über Gelenksyphilis 258.
— 210.
Fowler 614.
Fox 82.
—, Charles James, Der therapeutische Wert der Chrysophansäure in der Dermatologie 710.
—, Colcott 340.
—, R. Hingston, Calciumsalze bei Pernionen und anderen serösen Hämorrhagien 726.
—, Tilbury 333.
Fränkel, A. 263. 588.
—, Eugen, Über Allgemeininfektionen durch den Bacillus pyocyaneus 721.
Fränckel, Levy, Ein Fall von eitriger Osteo-Periostitis bei einem Hereditärluetiker im Tertiärstadium 572.
— Pemphigoides Erythem merkurielles Ursprungs 720.
França, Carlos, Zur Kenntnis der durch die Pest verursachten Hautläsionen 725.
Franco, F. Roberto, Beitrag zur Kenntnis des Typhus exanthematicus. Bemerkungen über einige in Tunis beobachtete Fälle 94.
François, Paul, Phototherapie; Radiotherapie 679.
Frank, Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente 504.
— 597.
—, Robert T., Chorionepitheliomatöse Proliferationen in Teratomen, speziell in jenen der Hoden, drei neue Fälle 515.
—, Ernst R. W., Epilog zur Nitze-Feier 76. 564.
— —, Über Arhovin 570. 606.
Frankland 619.
Frank-Lydston, G., Eine neue Methode von Anastomose des Vas deferens 518.
Freeman, Novokain in der Urologie 75.
— und Meade, E. E., Ein Fall von Dermatitis repens 645.
Frédéric, J., Untersuchungen über die Rassenunterschiede der menschlichen Kopfhaare 658.
— Zur Kenntnis der Hautfarbe der Neger 659.
Freiberg, Albert H., Die Diagnose von Gelenksyphilis bei Kindern 403.
Fressineau, P. G. A. M., Beiträge zur Kenntnis der schmerzhaften Fettsucht 615.
Freudenberg, Albert, Kombinationscystoskop für Irrigationscystoskopie, Evakuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren 246.
— Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen 528.

Freund 680.
— und Oppenheim, M., Die Röntgenstrahlenbehandlung des Lichen ruber planus 353.
—, Leopold, Röntgenbehandlung und Röntgendermatitis 681.
— 207.
—, M., Zur Kenntnis des Stypticins 78.
—, R., Über Cytorrhyctes luis Siegel 145.
Frey, Max von, Die Verteilung der peripheren Nerven in der Haut 660.
Freyer 248. 249. 411. 527.
Friedenthal 252.
Friedländer 44. 45. 595.
—, Karl 47. 121.
—, M., Zur Verwendung der Urophore in der urologischen Therapie 509.
Frisch 685.
Frohnmeyer 377.
Frommer, Artur, Über die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän 412.
Fuchs 452. 470.
Förbringer 174. 253. 254.
Fuller, Eugen, Weiterer Bericht von der Heilung der Trippergicht durch Seminalvesikulotomie 19.
— 249. 527.
Fûr, Le, Die Prostatitis bei Harnröhrenverengerungen 410.
Fussel 593.
Futcher, T. B., Xanthelasma und chronischer Icterus 863.

Gabritschewsky und Tschlenow, Syphilisüberimpfung auf Affen 556.
Gaillard, Charles, Die Harncylinder, ihr semiologischer und prognostischer Wert 592.
Galatzi, Stefanesco, Angeborene Verengerung der Urethra, Incontinentia diurna, Urethrotomia interna, Heilung 649.
Galenus 685.
Galewsky, Talgdrüsenansammlung auf der Nase von Föten und Neugeborenen 441.
— Dermatomyome 208. 441.
— Erythema perstans 441.
— Über eine noch nicht beschriebene Haarerkrankung: Trichonodis 559.
— Über Lippen- resp. Mundwasserekzeme 728.
— 208. 270.
Galaschescu, P., und Jonanitzescu, G., Der Einfluſs der Quecksilberbehandlung und speziell der Sublimateinspritzungen auf die Spirochaeta pallida Schaudinns 187.
Gall, J. Le, Über hysterische Hautgangrän 36.
Galletta, Histobakteriologische Untersuchungen und klinische Betrachtungen über einen Fall von infektiöser Toxidermitis 718.
Gallois, P., Die Behandlung der Pityriasis versicolor mit Wasserstoffsuperoxyd 497.
Ganghofner 89.
Gans, S, Leon, Diagnose des chronischen Harnröhrenausflusses 422.
Gansen, Gustav, Über Divertikel der Harnröhre des Mannes, ihre Entstehung und ihre Beziehungen zu Harnröhren- bezw. Blasensteinen 506.
Ganz, Karl, Über die therapeutische Wirksamkeit des Gonosans 606.
Garceau, Alexander, Ein Fall von Erythema multiforme 37.
— Intramuskuläre Injektionen bei der Behandlung der Syphilis und der Gebrauch von Hydrargyrum sozojodolicum 127.
— Intramuskuläre Injektionen mit Hydrargyrum sozojodolicum in der Syphilistherapie 242.
— Syphilitische Keratodermie; Bericht über einen Fall, welcher mit „Erythema keratodes", der Brookeschen Krankheit, Ähnlichkeit hatte 256.
Garlipp, O., Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum 89.
Garrod, A. E., Bemerkung über die Beziehung der Alkaptonurie zur Ochronosis 366.
Garrot, Jean Marie Joseph, Angiome an den Lidern; ihre Behandlung mittels Elektrolyse 864.
Gassen 254.
Gastou, Paul Louis, Die hereditäre Syphilis und die syphilitische Heredität 707.
— 211. 224.
Gassmann, A., Die erweichten idiopathischen Bubonen bei frischer Syphilis 202.
Gaucher, Vorlesungen über Syphilis aus der Mittwochs-Poliklinik 84.
— Gumma 84.
— Leukoplakia lingualis und Carcinom 84.
— Quecksilberexanthem 84.
— Ulcerierte Frostbeulen und hereditäre Syphilis 84.
— Syphilitische Albuminurie 84.
— Ostitis luetica 84.
— Syphilis und Diabetes 84.
— Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica 84.
— Gangränöser Schanker 84.
— Multiple Gummata 84.
— Extragenitale Schanker 84.
— Tuberkulose und Syphilis 84.
— Stomatitis mercurialis 85.

Gaucher, Erworbene Syphilis bei einem Hereditär-Luetischen 85.
— Leukoplakia lingualis 85.
— Konzeptionelle Syphilis 85.
— Hereditäre Knochensyphilis 85.
— Spät auftretende Sekundärerscheinungen 85.
— Syphilisrezidiv 85.
— Hysterie, Neurasthenie und Syphilis 85.
— Syphilis hereditaria 85.
— Iritis luetica recidiva 85.
— Syphilis acneiforme, Ostitis 85.
— Tabes 85.
— Syphilis maligna praecox 85.
— Akute Syphilis 86.
— Syphilis hereditaria tarda 86.
— Leukoplakia lingualis 86.
— Lymphangitis gummosa 86.
— Osteo-Periostitis gummosa 86.
— Über eitrige Osteititen und Osteo-Arthritiden der hereditären Syphilis tertiaria 406.
— Über Kalomelsalbe 652.
— 192. 210. 224. 251. 406. 487. 571. 667. 708.
Gaugolphe 106.
Gaulejac, René de, Die innere Sekretion des Hodens in die Höhle desselben 514.
Gebert 13.
—, Ernst, Die kleinzellige Infiltration der Haut 672.
Geissler 210. 213. 224. 626.
Geitel 689.
Gellis, Herpes zoster gangraenosus 235.
Generisch, G. v., Die Inkubation der Masern 90.
George, S., Verkalkung des Vas deferens und der Samenbläschen 518.
Gérard 479.
Gerhardt 263. 722.
Gerke, Otto, Die Frage der Resorption und Durchgängigkeit der intakten äußeren Haut des Menschen 675.
Gerson 254.
Gerwin, Über die Heilung von Folgezuständen der Varicen und der Thrombosierung der Venen an den unteren Extremitäten 368.
Gessner, W., Über das Verhalten des Menschen bei paragenitaler Zufuhr artgleichen Spermas 513.
Giani, Raphael, Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica 507.
Gibbons, Edward B., Syphilis der Mundhöhle und des Pharynx 403.
Gibert 685.
Gidon, F., Über Röntgentherapie beim Lupus vulgaris 572.
Gielen, Über die Anwendung von Einreibungen mit Kaliseife und nachfolgenden Bädern nach der Kapesserschen Methode bei Lues 304.
Giemsa 72. 147. 151. 153. 183. 184. 187. 188. 287. 314. 407. 662. 663. 685.
Gierke 675.
Gieson, van 219. 353. 588.
Gilchrist, Thomas 26. 243. 699.
Giles, Edward, Syphilis des Augenlids 403.
Gimmel 732.
Girard 229.
Glas, Emil, Über Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme) 37.
Glauning, Wilh., Über das Vorkommen von Polierekzemen bei Bleistiftarbeitern 34.
Glawsche 35.
Glimm, P., Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautcarcinom 358.
Glinskaja 89.
Glück, Leopold, Zur Charakteristik der erworbenen rezenten Syphilis der Kinder 138.
— Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis 301.
Görl, L., Technisches zur Röntgentherapie. I. Parallele Funkenstrecke, Milliampèremeter. II. Kabelspanner. III. Beleuchtungsschirm 288.
Götz, Referate 32. 38. 41. 43. 45. 100. 102. 106. 132. 133. 139. 146. 149. 150. 151. 184. 188. 203. 239. 250. 255. 257. 260. 263. 264. 265. 269. 290. 295. 298. 301. 307. 308. 321. 323. 324. 354. 356. 360. 369. 399. 405. 410. 411. 431. 432. 496. 510. 511. 519. 527. 567. 571. 574. 583. 588. 590. 591. 592. 597. 606. 607. 608. 609. 616. 650. 654. 662. 666. 676. 677. 707. 717. 718. 720. 727. 728. 731.
Goldbeck, Die Lassarsche Zinkpaste in der Veterinärmedizin 289.
Goldenberg, Hermann, Die Begrenzung in der Anwendung des Katheters bei Prostatahypertrophie 523.
Goldfrank, F., Ein Fall von Herzgummen mit plötzlichem Tod 262.
Goldhorn 189.
Goldscheider 660.
Goldschmidt, Eine Methode, die hintere Harnröhre des Mannes sichtbar zu machen 505.
—, H., Die Endoskopie der Harnröhre 422.
Goldzieher, M., Über Gummata des Gehirns 291.
Goliner, Über Eusulfinseife und ihre Anwendung bei Hautkrankheiten 711.
*Golodetz, L., Eine neue Eigenschaft der Hornsubstanz 109.
Golubinin, L., Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisonii 366.
Gordon, William S., Die Behandlung der Pyelitis 648.

Góth, Lajos, Ein Fall von Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren 598.
Gottschalk 270.
Gougerot, H., Das Lymphosarkoid, eine neue Varietät des Sarkoids 700.
—, Beurmann, v., und Roubinowitsch, Geistesstörungen bei Lepra. Mit Berücksichtigung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprösen 563.
Goulard, R., Ein Fall von Karbolgangrän des linken Zeigefingers 727.
Gradenigo 268.
Grätz 378.
Graf 434.
Graham, G. H., Behandlung von Lupus vulgaris mit Aesculin in Verbindung mit Finsenlicht 132.
—, J. H. P., Ein Fall von Lepra bei einem Europäer 103.
—, J. K., Der Einfluſs der Syphilis auf Gesundheit und langes Leben 18.
Gram 104. 128. 219. 358. 723.
Graziani, Über zwei Methoden zum quantitativen und qualitativen Nachweise von Zucker im Harne 591.
Greco, N., Streptothrix Madurae 314.
Greeff, Blennorrhoische Metastasen im Auge 601.
— 439. 602.
Gregor, A., Der hochfrequente Strom bei Erythema papulatum 719.
Green 452. 470.
Griffin, Harrison, Rachensyphilis 648.
Griffon, Behandlung des Ekzems mittels einer Salbe, welche wirksame Bestandteile in Verbindung mit Kampfer enthält und in Aceton gelöst ist 296.
— 296.
Grimm, Fritz, Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria 729.
Grossmann, Interessante Beobachtungen während des Jahreskurses 1905 bis 1906 653.
— Bullöse und gangränöse Throphoneurose 653.
— Aktinomykose des Samenstrangs 653.
— Heilung eines varikösen Unterschenkelgeschwüres, der sich unmittelbar das Auftreten eines generalisierten Ekzems anschloſs 653.
Groenou, G. Broese van, Über die Behandlung der vereiterten Bubonen 298.
Grosglik 595.
—, S., Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Harnblase 425.
— Beiträge zur Nierenchirurgie 566.
Gross, Röntgenogramm einer Krebsniere, einen Stein simulierend 566.
— Hypernephrom und Stein in einer Beckenniere, kompliziert durch eine ungewöhnliche Form von Milzdystopie 566.
Gross, Oskar, Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus 43.
— Über die Ausscheidung der Alkalien und alkalischen Erden im Harn 579.
Grossmann, Primäraffekt, auftretend 50 Tage nach einem Coitus 653.
— Hartes Ödem des Penis, wahrscheinlich verursacht durch eine Phlebitis 653.
— Xanthom beider Oberlider bei Mutter und Tochter 653.
— Vitiligo mit leichter Anästhesie 653.
— Leukokeratose der Zunge bei einem Psoriatiker 654.
— Kreisförmiger oberflächlicher Favus der Epidermis, untermischt mit typischen Favusscutulis, über den ganzen Körper verbreitet 654.
— Sklerodermieherd in unmittelbarer Nähe eines varikösen Unterschenkelgeschwüres 654.
— Nasenbluten und Purpura infolge von Jodgebrauch 654.
— Weicher Naevus, eine kongenitale Elephantiasis vortäuschend 654.
— Urtikarielle und papulöse Dermatose der oberen Extremitäten, wahrscheinlich blennorrhoischen Ursprungs 654.
—, K., Eine klinische Studie über Lepra ophthalmica 102.
Grosz, S. 208.
Grouven, Erwiderung auf den Angriff des Herrn Dr. Thesing, betreffend meine Arbeit: „Spirochäten bei Syphilis“ 150.
— Ulcera mollia extragenitalia 492.
— Lymphangioma circumscriptum cysticum cutis 493.
— Mibellisches Angiokeratom 441.
— Ergebnisse über die Ätiologie der Syphilis 480.
— 149. 207. 208. 478. 481.
Gruby 369. 685.
Guibout 209.
Gruber 449. 585.
Grüter, Wilhelm, Ein Beitrag zur Ätiologie der Purpura haemorrhagica (Werlhofsche Krankheit) 723.
Guhr, Michael 562.
Gurlt 426.
Grube, Karl, Die Anwendung der Hyperämie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker 677.
Gruber, Max, Die Prostitution vom Standpunkte der Sozialhygiene aus betrachtet 129.
Grübler 55.
Grund 166.
Guarnieri 97. 98.
Güterbock, Robert, Ein Beitrag zur Malakoplakia der Harnblase (Cystitis en plaques) 508.

Gumpert, Jacob, Ein seltener Fall eines streifenförmigen Lichen ruber planus 353.
Gunn, Herbert, Bilharziakrankheit 154.
Gutmann, C., Ein Beitrag zur Kenntnis ungewöhnlicher Keratosisformen 123.
— Bemerkungen zur Eosinophilie des blennorrhoischen Eiters 239.
— Zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome 396.
— 239. 347. 348.
Guyon, Zwei Fälle von Blasentumor 511.
— 73. 76. 284. 426. 524. 573. 693. 694.
Gyurkovechky 174. 253.

Habicht, Kazimierz, Sajodin, ein neues Jodpräparat 712.
Haertel 399.
Hafemann, Walter, Über Heifsluftkauterisation des Ulcus durum 134.
Hagen, Alb. 344.
Hagens, Georges, Über Magensyphilis 260.
Hagmann, A., Zur Technik der Lithotripsie 75.
Hahn, F., Referate, 38. 40. 74. 92. 94. 100. 199. 264. 312. 315. 354. 368. 365. 423. 424. 495. 579. 583. 587. 615. 683. 684.
Hahnemann 685.
Haines 591.
Haink, Paul, Über Jodopyrin, seine Wirkung und Anwendungsweise 712.
Halban 418.
Halberstaedter, Ludwig 143. 144. 621. 629.
—, Neisser, Albert, und Baermann, Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen 616.
—, und Bärmann, Gustav, Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen 106.
Halbwachs 631.
Halipré 370.
Halkin 687. 688. 689. 690.
Halle, A., und Hoffmann, E., Über eine bessere Darstellungsart der Spirochaeta pallida im Ausstrich 662.
Hallé 524.
Hallopeau, H., Beitrag zum Studium der Granulosis rubra nasi 176.
— Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Quecksilber-Salicyl-Arsenat 176.
— Die Kontagiosität der Alopecia areata 251.
— Die malignen Tumoren der Prostata 527.
— Über die Ursachen des Ekzems 557.
— Beiträge zur Klinik, pathologischen Anatomie und Ätiologie der Granulosis rubra nasi 558.
Hallopeau, H., Über einen Fall von Idiosynkrasie gegen salicylsaures Quecksilber 558.
— Beweise für die Entwicklung des Treponema pallidum im Körper der Menschen und der Menschenaffen 651.
— 4. 210. 211. 213. 224. 239. 242. 296. 300. 307.
Hamman, D. J. H., Hochgradige Überfüllung der Blase 424.
Hammer, W., Über Dirnentum und Mutterschutz 565. 697.
— Das Taschen-Injektionsbesteck nach Dr. Blank-Potsdam 565.
— 270.
Hamilton, Alice, Milch und Scharlach 40.
Hammond 253.
Hancock, David, O., Über Erysipel 324.
Hand, A., Der Wert der Inkubationszeit bei der Diagnose der akuten Exantheme des Kindes 38.
—, Alfred, Symptome kongenitaler Syphilis im Kindesalter 649.
Hansemann 263. 282. 283.
Hansen 23. 685.
Hardaway 80.
—, W. A., und Allison, Nathanael, Warzen, Schwielen und Hyperhidrosis und deren Beziehung zu fehlerhaften Stellungen des Fufses 27.
Harel, Elie 180.
Harlingen, Arthur van, Zur Behandlung der Epitheliome mittels kaustischer Pottasche 400.
— 401.
Harnack, Erich, Über die örtliche Wirkung des Benqué-Balsams bei Mückenstichen 33.
Harpe, E. de la, Einige Fälle der fünften Krankheit 94.
Harris, L. H., Behandlung von Dermatitis nach Röntgenbestrahlung 726.
Hartmann 276. 559.
Hartzell 401.
—, B, Dermatologie als Untersuchungsfeld 646.
—, M. B., Zwei Fälle von Pagets disease, mit X-Strahlen behandelt, und Bericht über den mikroskopischen Befund in einem derselben nach lange fortgesetzter Behandlung 242.
— 243.
Hasselbach, Ernst, Beiträge zur Syphilis der Blutgefäfse 262.
Hauck, Leo, Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie 261.
Hauser, Heribert, Untersuchungen über den Vaccineerreger 101.
— 685.

Hawthorne. C. O., Repetierende Epistaxis in Verbindung mit multiplen Teleangiektasien der Haut 364.
Head 660.
Hebra 18. 37. 38. 194. 321. 355. 453. 477. 560. 610. 612. 685.
Hedinger, Ernst, Über den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum 290.
—, und Loeb, Über Aneurysmen in der Aorta von Kaninchen nach subcutaner Jodkaliumdarreichung 491.
Heidenhain, Ein Fall von Elephantiasis 562.
— 188.
Heidingsfeld, M. L., Arsenik bei Pityriasis rubra pilaris (Devergie) 401.
— Schicksal von Paraffinprothesen 208. 484.
— Über Pityriasis rubra pilaris, deren Therapie und pathologische Anatomie 558.
Heine 262.
—, O., Akutes heftiges Ekzem nach Jodvasogengebrauch 727.
Held, Lupus follicularis 641.
— 475.
Helferich 324.
Heller, Julius, Lupus erythematodes der Nägel 13. 496.
— Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen 496.
— Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung 496.
— 13. 46. 262. 263. 641.
—, Richard, Die Bedeutung der Varicen für Schwangere und Gebärende und ihre Therapie 368.
Helmholtz 626.
Helsted, A., Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes 31.
Helstroem, Über Morbilli und Diphtherie 92.
*Henggeler, Oscar, Über einige Tropenkrankheiten der Haut. II. Tinea imbricata 325.
Henle 593. 685.
Hennig, A., Über blennorrhoische Epididymitis 348.
Henoch 685. 724.
Henri, Charles, Beitrag zur Kenntnis des Lupus im Kindesalter. Über einen auf dem linken Vorderarm lokalisierten, mit Schwefelbädern und Liquor Van-Swieten behandelten Fall 106.
Henry, N., Beitrag zum Studium der Scharlachrezidive 40.
—, René, Malum perforans buccale tabeticum 729.
Herdmann, W. J., Die Pflicht des Ärztestandes zur Aufklärung der Geschlechtskrankheiten 732.
Herff, Otto v., Zur Verhütung der blennorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol 608.
Hermann, Charles, Die Ätiologie der Noma 314.
— Scharlachansteckung durch offene Wunden 40.
— Die Spirochaeta pallida 187.
— 155. 159.
Herodot 618.
Hersmann, C. C., Syphilis des Nervensystems 241.
— 685.
Hertel 622.
Hertwig, O. 160. 163.
Hertzler, A. E., Bericht über einen Fall von Myxödem mit Ascites 415.
Herxheimer, Karl, Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida 150.
— Die Spirochaeta pallida 207. 480.
— Die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur Lues maligna 207. 480.
— Therapeutische Mitteilungen aus der Hautkrankenabteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt am Main 644.
— 149. 153. 406. 478. 479. 483. 488.
— und Löser, Über den Bau der Spirochaeta pallida 184.
Herzfeld 379.
Herzl, Ludwig, Über das Halbansche Schwangerschaftssymptom. (Hypertrichosis graviditatis) 418.
Heubner 89. 91.
Heuck, Hauttuberkulose 72.
—, Wilhelm, Über tumorbildenden Lupus 642.
— 642.
Heuss, E., Sklerodermie en bandes 483.
— Pityriasis rubra pilaris 483.
— Generalisiertes Xanthom 483.
— Adenoma sebaceum 483.
— Multiple Gesichtsnävi 483.
— 208.
Hewlett, A. W., Motorische Komplikationen bei Herpes zoster 729.
Heymann, A., Die Cystitis trigoni chronica der Frau und ihre pathologische Anatomie. Beiträge zur Metaplasie des Blasenepithels 78.
Heynemann 288.
Higier, H., Was wird über Lepra und Syphilis in der Bibel, dem Talmud und dem Evangelium gesprochen? 102.
Hilbing, Rudolf, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis 308.
Hinterstoisser, Hermann, Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte 480.
Hippels, A., Über den Stand der Moserschen Serotherapie des Scharlach in Rußland 46.
Hippius 89.

Hirokawa, W., Sammelreferat über interne Urethrotome 399.
Hirsch, G., Über schmerzlose subkutane Quecksilbereinspritzungen 714.
Hirschberg, Leonhard K., Giemsas Methode der Färbung der Spirochaeta pallida 151.
Hirschfeld, Magnus, Geschlechtsübergänge (Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere. Sexuelle Zwischenstufen) 251.
— 347.
Hirschler, Rose, und Schamberg, Jay Frank, Zwei Fälle multipler Tumoren der Haut bei Negern, mit Jucken verbunden 80.
His, Eine Mikrosporie-Epidemie in den Schulen Basels 483.
Hitchcock, Charles Ad., Syphilis des Nervensystems 403.
Hlava 702.
Hocheisen, Ein Fall von Gonokokkämie bei einem Säugling mit Blennorrhoe 603.
Hochheim, Über Behandlung der Cystitis 511.
Hock, Alfred, Bericht über einige bemerkenswerte urologische Operationen 419.
Hodara, Menahem 171.
Högyes 141.
Höring, Felix, Einiges über den Zusammenhang zwischen inneren Krankheiten und Augenerkrankungen 669.
Hoffmann 34. 168. 169. 186. 349. 435.
—, Curt, Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie 417.
—, Erich, Affenimpfungen mit Syphilis, Spirochaeta pallida 72.
— Psoriasis 72.
— Über die Spirochaeta pallida 153.
— Impferfolge an Affen 171.
— Spirochaeta pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken 184.
— Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida und andere Spirochätenarten 398.
— Positive Blutimpfungen 442.
— Derzeitiger Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis 433. 478.
— Spirochätenbefunde bei Syphilis 484.
— Pigmentverlust nach Syphilisimpfung 641.
— Spirochäten 641.
— 46. 140. 147. 149. 207. 478. 686.
— und Halle, A., Über eine bessere Darstellungsart der Spirochaeta pallida im Ausstrich 662.
— und Prowazek, S. v., Untersuchungen über die Balanitis- und Mundspirochäten 663.
Hofmann 596. 597.
Hofmokl 597.
Hoge, Moses W., Die Diagnose der Hirnsyphilis 241.
Holland, C. F., Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Nierensteinen 596.
Hollaender 627. 641.
—, Eugen 134.
Hollstein, Blaseneruption (artefizielle?) 642.
Holton, Henry D., Die Pflicht des Staates gegen die Geschlechtskrankheiten 732.
Holtschewnikow 262.
Holzknecht 410. 652.
Holub, Arthur, Ein Fall von Herpes des Oesophagus 729.
Hoope 226.
Hopf, Über öffentliche und private Gelegenheiten zum Händewaschen und deren gesundheitliche Notwendigkeit 665.
—, E., Referate 34. 97. 150. 172. 175. 179. 180. 182. 190. 252. 254. 260. 306. 433. 477.
Hopkins, John, 579. 592.
—, S. D., Gehirnsyphilis 404.
Hornus, Pierre, Pathogenetische Studie über paroxystische Hämoglobinurie 584.
Horváth, C., Beitrag zur Frage der direkten Kontagiosität des Sperma Tertiärsyphilitischer 138.
Hottinger, Zur Diagnose der Nierentuberkulose 494.
Howe, Walter C., Hereditäre Syphilis des Anus und des Rektum 403.
Howell 672.
Hoyer 54. 121.
Hrach, Ein Masernfall mit abnormalem Verlaufe 92.
Huber, Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn auf Grund statistischer Daten 491.
— 210.
—, A., Ein seltener Fall von Tuberculosis inoculationis 107.
— 208.
Hübner 207. 270.
—, Hans, Neuere Arbeiten über die Spirochaeta pallida. Bericht über das zweite Halbjahr nach der Entdeckung 496.
— Über Tuberosis cutis pruriginosa 559.
Hüter 134.
Huie, Lily H., und Jamieson, W. Allan, Molluscum fibrosum pendulum und Adenoma sebaceum 698.
Humbert, L. Ch. M., Beitrag zur Kenntnis der Ureterenverletzungen im Verlauf chirurgischer Eingriffe am Uterus und an den Adnexen, und über ihre Behandlung 595.
Hunter, James W., Die Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris 129.

Hunter, W., Komplikationen bei Scarlatina 42.
— 180. 685.
Hutchins, B., Bericht über zwei Fälle von Larva migrans mit spezieller Bezugnahme auf die Behandlung 127.
Hutchinson 593. 685. 698.
—, Jonathan, Über Lepra und Fischnahrung 177.
— 78. 84. 103. 179. 193. 199. 202. 225. 239. 240. 297.
Hybinette, Mykosis fungoides 387.
Hyde, James Nevins, Die Eierschalennägel 79.
— Über den Einfluſs des Lichtes auf die Entstehung von Hautkrebs 357.
— 82. 401.

Jacksch 259.
Jackson 180.
—, George T., Zur Behandlung der Ichthyosis 22.
— Die Lebensgeschichte eines Falles von Mykosis fungoides 81.
Jacob, F. H., und Keelis, R., Eine Serie von vier Fällen von Diphtherie der Haut 316.
Jacobi, Eduard, Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten 300.
— 30jähriger Mann zur Diagnose 208. 440.
— und Neisser, Albert, Ikonographia dermatologica 300.
— 210.
Jacobson, Sklerodermie 641.
—, Nathan, Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie 522.
Jacoby, Robert, Über die Behandlung von Brandwunden mit Zinkperhydrol 31.
—, S., Die Blennorrhoebehandlung mit Stauungshyperämie 604.
Jacquet, Die Hygiene der Haut und des Haarwuchses 349.
— Hygiene der Haut und des Haupthaares 408.
— 251. 340. 479.
Jadassohn, Tuberkulose der Haut 178.
— Venerische Krankheiten 252. 253.
— Granulosis rubra nasi 477.
— Neurodermitisches Ekzem mit Asthma 477.
— Neurodermite disseminée oder Prurigo diathesique Besnier 477.
— Narben von Tuberkuliden 477.
— Lichen scrophulosorum 477.
— Papulo-nekrotische Tuberkulide 477.
— Allgemeintherapie nach erhobenem Spirochätenbefund 482.
— Sklerodermie 483.
— Depigmentierung von Epheliden durch Finsenbehandlung 483.
Jadassohn, Lupus 483.
— Atrophia cutis. Pigmentatio universalis disseminata. Koilonychia. Arsenkeratose 483.
— Fall zur Diagnose 483.
— Pseudoleukämische Hautaffektion 484.
— Sclerodermia disseminata 484.
— Fungöse Hauttuberkulose am Amputationsstumpf 484.
— Recklinghausensche Krankheit 484.
— Verdickung und gyrusartiges Faltenbild der Haut des Hinterhauptes 484.
— Lupus erythematosus 484.
— Hereditäre Syphilis 484.
— Lepra maculo-anaesthetica 484.
— Lupus mutilans 484.
— Neurofibromatosis 490.
— Alterswarzen an den Armen 490.
— Wie Urticaria aussehendes Syphilid 490.
— Lupus vulgaris mit totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand 490.
— Tuberkulöser Fungus verrucosus 490.
— Sklerodermie 490.
— Dermatitis herpetiformis 490.
— 13. 46. 52. 55. 122. 176. 244. 253. 254. 290. 301. 332. 337. 341. 349. 433. 440. 448. 450. 480. 482. 487. 643. 645. 703.
Jahn, Georg, Ein Fall von Melanosarkom der Vulva. Ein Beitrag zur Histologie der Melanosarkome 598.
Jahr, A., 30 Fälle von Carcinoma linguae 361.
— 262.
Jaksch, R. v., Über eine bisher nicht beachtete Quelle der alimentären Pentosurie 587.
Jambon, A., und Chaboux, G., Histologische Studie über die Bartholinischen Drüsen 597.
Jamieson, W. Allan, und Huie, Lily H., Molluscum fibrosum pendulum und Adenoma sebaceum 698.
Jancke, Über Cytorrhyktenbefunde 146.
Janet 75. 78. 284. 384. 502. 692. 693. 694. 695. 696.
Janovsky 210. 211. 212. 224. 495.
Jansen 168. 169. 621. 628.
Janssen, Peter, Exstirpation des Penis mit Resektion des Scrotum 504. 683.
Jaquot, Jules, Zur chirurgischen Behandlung des Lupus, Exzision und Autoplastik mittels groſser Lappen 108.
Jarcho 89.
Jarisch 24. 159. 160. 162. 163. 166. 208. 212.
Jassny 89.
Jatho 15.
Javitschenko 585.
Ibotson, E. C. B., Ein Fall von Schönleinscher Purpura 724.
Jeanselme, Prurigo 37.

Jeanselme, Die Behandlung der Hauttuberkulose (Lupus vulgaris und erythematodes) 132.
— Die maligne Syphilis 203.
— Die Psoriasis 308.
— Die Alopecia areata 369.
— Diagnose und Behandlung der Geschwüre am Penis 569.
— 330. 331. 332. 333. 340.
Jellinek 378.
Jelks, John L., Syphilitische Erscheinungen am Anus und Rektum 648.
Jenardi 683.
Jendrássik 634. 635.
Jenks, Bericht über eine Reihe von Stomatitisfällen 312.
Jensen, C. O., Der Krebs der Haustiere 356.
Jentsch, Karl 129.
Jerusalem 322.
Jesionek, Syphilis und Unfallversicherung der praktischen Ärzte 616.
— 15. 137. 629.
Jessipow 597.
Jezierski, P. V., Über transitorische Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach 43.
Jirmeja, R. 552.
Jizchak, R. 344.
Imbert, A., und Marquée, H., Pigmentierung der Kopf- und Barthaare durch Röntgenstrahlen 652.
Joanitzescu, G., und Avramescu, Pop, Durch Chinin hervorgerufene fixe, pigmentierte, erythematös-blasige Eruption 720.
— und Galaschescu, P., Der Einfluſs der Quecksilberbehandlung und speziell der Sublimateinspritzungen auf die Spirochaeta pallida Schaudinns 187.
Jochanan, R. 276. 552.
Jochmann, G., Die Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprozeſs 38.
Johnson, A. G., und Taylor, H., Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra eines Mannes 424.
—, Joseph Taber, Blennorrhoeinfektion beim weiblichen Geschlecht 608.
Johnston 559.
—, James C. 27.
Jolles, A., Über den Nachweis von Pentosen im Harn 587.
— 587.
Jolieu, Dominique, Der akute postoperative Decubitus in der Gynäkologie 30.
Joly, François, Beitrag zur Kenntnis der Urethrotomia interna (Urétrotome mensurateur de Bazy) 506.
—, J., Cylinderförmiges Syphilom der Harnröhre 206.
Jones 580.
Jones, Silva, Über rasche Vernarbung eines harten Schankers ohne Lokalbehandlung 558.
Jonge, Kiewit de 340.
Jordan, Arthur, Über Zinkonal 715.
— Referate 36. 145. 203. 204. 263. 310. 313. 556. 696.
Joseph, Max, Über Leukoplasie 558.
— Heliotherapie der Psoriasis 562.
— 75. 77. 134. 204. 239. 348. 485.
Josephus 278. 343. 377. 379. 472. 473. 474. 475. 476. 555.
Jotemps, Perrault de 658.
Iroine, William Herbert, Prophylaktische Tracheotomie wegen Glottisödem auf syphilitischer Grundlage 404.
Ischreyt, Tarsitis luetica 255.
Judan, R. 380.
Jürgens, Über die diagnostische und ätiologische Bedeutung der Variolakörperchen 97.
— 438.
Juliusberg, Akanthosis nigricans 441.
— 13.
Jullien, Louis, Behandlung hereditärer Syphilis bei Neugeborenen 127.
— Syphilis als Ursache von Gangrän 256.
— Über ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel 408.
— 267. 302.
Jungano, Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Niere bei experimenteller Infektioin mit Trypanosoma Brucei 649.
—, Michel, Die Unterbindung der Vena renalis 569.
Justus 685.
Iwai, Herpes zoster und Neuralgie 655.

Kaczvinszky, J. v., Zur Therapie des Erysipels 323.
Kahane, Max, Ein Vorschlag zur Therapie der Syphilis 269.
—, Regina, Über das Vorkommen von Scharlach im Kanton Zürich in den Jahren 1884—1902, mit besonderer Berücksichtigung der in die medizinische Klinik aufgenommenen Kranken 731.
Kaiser, Sigismund, Über den Wert der externen und internen Arbovinbehandlung bei Blennorrhoe 609.
— 633.
Kalb, Otto, Über einen Fall von halbseitiger Sklerodermie mit hochgradiger Atrophie, zugleich ein Beitrag zur Lehre der Metamerie 414.
Kalisch, Richard, Augensyphilis 241.
Kanitz, Heinrich, Über die Behandlung des Zungenkrebses mit Röntgenstrahlen auf Grund von drei Fällen 359.
— Beitrag zur Klinik, Histologie und

Pathogenese der Pityriasis rubra (Hebra) 560.
Kanoky, J. Philip, Psoriasis palmaris syphilitica 18.
Kapesser 304.
Kaplan, D. M., Intermittierende Pentosurie und Glykosurie 589.
Kaposi 24. 36. 124. 166. 194. 231. 237. 355. 361. 390. 453. 598. 643. 685. 700.
*Kapp, Josef, Eine neue Methode der Haarimplantation 169.
Kappes, Hanna, Einwirkung des Erysipels auf Tumoren 673.
Kapsammer, G., Die Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen 76.
Karsch-Haack, F., Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. I. Das gleichgeschlechtliche Leben der Kulturvölker. — Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten. Chinesen, Japaner, Koreer 180.
Karwacki, Leon, Über die Flora der Geschlechtsorgane im gesunden und kranken Zustand 127. 499. 575.
Kaufmann, R., Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung der Blennorrhoe mit Balsamika 648.
— Über Quecksilber als Heilmittel 713.
Kayser 332. 337. 340.
—, B. 411.
Keelis, R., und Jacob, F. H., Eine Serie von vier Fällen von Diphtherie der Haut 316.
Keersmecker 503.
Keimer, P., Beitrag zur Syphilis der oberen Luftwege 256.
Kengsep, Eduard, Epidermititis linearis migrans 16. 416.
Kennedy, O. A., Orthostatische Albuminurie 581.
Ker, Claude B., Kurze Bemerkungen über die Luftübertragung der Pocken 97.
Kétly, K. v., Kann durch entsprechende antisyphilitische Behandlung die Entstehung der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva verhindert werden? 266.
Keydel, Statistische Beurteilung der chirurgischen Behandlung der Blasengeschwülste 493.
Keyes, E. L., Sexuelle Selbstdisziplin 172.
— 511.
Keyser, E. L., Bericht über die Tätigkeit der französischen Gesellschaft für soziale und moralische Prophylaxe 23.
Kien, Georg, Über den nicht-syphilitischen Pemphigus der Säuglinge 313.
Kienböck, R., Über Röntgenbestrahlung der Sarkome 361.
Killmer, Theron Wendell, Kongenitale Syphilis; ihre Diagnose und Behandlung 649.
Kimchi, D. 278.
Kimla, Rudolf, Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis 194.
King, George W., Urinverhaltung infolge Prostatahypertrophie, gehoben durch Prostatektomie 525.
—, James M., Herpes tonsurans der Kopfhaut und des Bartes 19.
Kingsbury, Jerome, Alopecia congenita 647.
Kiolemenoglou 153.
Kirchner, M., Die Ausbreitung und Bekämpfung des Aussatzes 105.
Kirkpatrick, Andrew B., Komplikationen bei Hals- und Nasensyphilis 240.
Kissileff, Glafira, Purpura rheumatica und gastrointestinale Störungen 722.
Klapp 317. 319. 677. 678.
Klebs 44. 148. 312.
Kleinhans 452.
Klemperer, G. und F. 204.
Klieneberger, Carl, Quecksilberschmierkuren und ihre Einwirkung auf die Harnorgane 418.
Klimek, Viktor, Beiträge zur Kenntnis der neueren Harndesinficientia 502.
Klingmüller 152. 208. 311. 621.
Klose, B., Zur Technik der intravesikalen Operationsmethode 427.
—, Ein auf intravesikalem Wege durch das Operationscystoskop geheilter Fall einer Harnleitercyste 595.
— 428.
Klotz 35.
—, G. 647.
—, Hermann G., Eine Lanze für den Gebrauch löslicher Quecksilberpräparate bei der Syphilisbehandlung vom Munde aus 19.
Knauff, Fritz, Zwei Fälle von Aneurysma der Bauchaorta 263.
Knöpfelmacher 438.
Kobert, Rudolf, Lehrbuch der Intoxikationen 411.
— 257.
Koch 107. 298. 442.
—, Otto, Krampfadern, Krampfaderbrüche und Unfall 367.
—, R. 329. 340. 341.
Köbner 233.
Köhler, F., Ein Fall von traumatischem Ödem 717.
König, Wilhelm, Über Stauungsbehandlung der Epididymitis blennorrhoica 607.
Königer 331. 340.
Koester, Georg 660.
Kohl, A., Beitrag zur Kasuistik der Zungensarkome 361.
—, August, Ein Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis 200.
Kohlrausch 588.
Kohn 597.
Kolb 723.

Kolischer, G., und Schmidt, L. E., Ein Versuch, die Bestimmung des elektrischen Leitungswiderstandes des Urins für klinische Zwecke zu benutzen 347.
Kollarits, B., Referate 34. 36. 37. 41. 90. 107. 138. 153. 190. 266. 323. 360. 369. 414. 598. 662. 681.
Kollmann 284. 286. 424. 694.
Kopp 14.
Koranyi 77.
Kormann, Bodo, Über die Modifikation der Haut und die subcutanen Drüsen in der Umgebung der Mund- und der Nasenöffnungen, die Formationes pararales und paranaricae der Haussäugetiere 667.
Korybutt-Daskiewicz 47. 121.
Kossel 721.
Koulakowsky, Anna, Beobachtungen über Scharlach 731.
Kowalewski, Über Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochäten 133.
— 147.
Krämer 327. 340. 341.
Kraepelin 43.
Krafft 554.
Krafft-Ebing 344. 490. 634. 635.
Krannhales 721.
Kraus 101. 140. 141. 189. 232. 284. 324. 438.
—, Alfred, Über ein Anreicherungsverfahren für gewisse Spirochätenarten mit Bemerkungen zu ihrer Biologie 125.
— Eine Aufklebemethode für Paraffin- und Celloidinserien, sowie für Hautschuppen 125.
— Beiträge zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin) 354.
— Untersuchungen über Spirochaeta pallida 643.
—, R., Zur Ätiologie, Pathologie und experimentellen Therapie der Syphilis 140.
— Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. A. Brandweiner: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues" 142.
— 142.
— und Volk, R., Studien über Immunität bei Syphilis und bei der Vaccination gegen Variola 227.
— Syphilis- und Variola-Vaccineversuche an Affen 437.
— 207.
Krauss, F., Der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis bei Sauriern und Krokodilen 659.
*Kreibich, K., Ein Fall von Erythema perstans faciei (Erysipelas perstans faciei Kaposi) 443.
— Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (Kraus-Spitzer). Spirochätenbefunde 189.
— Zum Wesen der Psorospermosis Darier 291.
Kreibich, Neuropathische Hautentzündungen 490.
— 179. 279. 440. 441. 482. 483. 490. 492. 559. 642.
*— und Doswald, D. C., Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene 634.
— und Nobl, Urticaria pigmentosa 483.
Kren, Lupus erythematosus der Unterlippe 227.
— Lupus erythematosus der Unterlippe und Wangenschleimhaut 227.
— Tuberkulöses Ulcus an der Unterlippe 227.
— Ulcus tuberculosum serpiginosum 227.
— Tuberkulose der Zunge 227.
— Tuberkulose der Lippen 227.
— Sklerodermie der Schleimhaut 227.
— Alopecia luetica, Leukoderma syphiliticum 231.
— Mundaffektionen bei Lepra 231.
—, Otto, Zur Kenntnis der Akne cachecticorum (Hebra) 355.
Krienitz, W., Über morphologische Veränderungen an Spirochäten 663.
Kröhne 627.
Krölls, Hermann, Über Hautausschläge nach dem Gebrauch von Tannin 728.
Krösing 627.
Kromayer, E., Neue Gesichtspunkte in der Behandlung der Akne 353.
— Quecksilberwasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut 678.
— 169. 170. 630.
Krompecher 491.
Krotoszyner, M., und Willard, W. P., Aseptisches Katheterisieren der Harnwege 419.
Krukenberg 632. 666.
Krzyszkowski, Joseph, Zusammenstellung aller im Laufe der letzten zehn Jahre auf den dermatologischen Abteilungen des Lemberger Allgemeinen Krankenhauses behandelten Fälle von Rotlauf nebst darauf begründeten allgemeinen und therapeutischen Bemerkungen 323.
Krzysztalowicz 479.
*— Fr., und Siedlecki, M., Über das Verhältnis des Entwicklungszyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen Krankheitsstadien 1.
— Über die Struktur und Entwicklung der Spirochaeta pallida Schaudinn 185.
— Beitrag zum Studium der Struktur und des Entwicklungszyklus der Spirochaeta pallida Schaudinn 296.
— 575.
Kühn 703.
Kümmell, Hermann, Die operative Behandlung der Hypertrophie und des Carcinoms der Prostata 523.
— 77. 253. 511.

Kürbitz, Über einen Fall von akutem umschriebenem Ödem bei Tabes dorsalis 717.
Kuester, von, Über Retentio testis 519. — 426.
Kugler, Th., Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten 312.
Kunwald 625.
Kunze 668.
Kurita, Statistische Untersuchung von Hauttuberkulose 655.
Kussmaul 264.
Kusunoki, Ein Fall von Scleroderma universalis 655.
Kutner, R., Das Verhalten des praktischen Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat und bei plötzlicher Harnverhaltung 419.
Kwjatkowski 262.

Laar, H., Über den Wert der Gonosanbehandlung bei der Blennorrhoe des Mannes 606.
Laborde 520.
Lachs, Johann, EinBeitrag zur Kenntnis des Krakauer Prostitutionswesens im XV. Jahrhundert 290.
Lack, E., Beitrag zur Lehre von der Hautdiphtherie 316.
Lacomme, L., und Nicolas, J., Ein Fall von Dermatomykose unbehaarter Stellen bei einem Mann, verursacht durch das Mikrosporon canis 28.
Laertius, Diogenes 376.
Lahmann 364.
Lambkin, F. J., Intramuskuläre Hg-Injektionen bei Syphilis, nebst einem Rückblick über 3230 Fälle 305.
Landouzy 203.
Landowski 685.
Landsteiner, Karl, und Donath, Julius, Über paroxysmale Hämoglobinurie 584.
Landsteiner 140. 141. 229. 230. 234.
—, K., und Finger, E., Untersuchungen über Syphilis an Affen 142.
— Mitteilungen über Syphilisimmunität 439.
Lang 203. 230. 232. 317. 710.
Lange, Ernst, Die Rolle der Heredität in der Ätiologie der Neurofibrome, Fibromata mollusca, Elephantiasis congenita 671.
Langerhans 168. 169. 197.
Langhans 515. 516.
Langstein, Leo, Zur Klinik der Phosphaturie 587.
Laplaze, Die intrarektale Applikation von hochfrequenten Strömen bei Pruritus analis 652.
Larrabee, R. C., Hämophilie bei Neugeborenen nebst Bericht über einen derartigen Fall 721.
Lassar 139. 140. 145. 289. 309. 567. 612. 613.
—, O., Siegfried, A., und Urbanowicz, Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen 105.
Law, R. R., Ein Fall von Nekrose des Hodens 514.
Lawrence 370.
Leach, R. G., Fälle von Rezidiv bei Masern 91.
Leale, M., Behandlung des Herpes zoster mittels trockener Schröpfköpfe 296.
Lebbin 711.
Le Bihan, Felix, Über die Therapie der blennorrhoischen Gelenkentzündungen 604.
Lebet, Sklerodermie und Hemiatrophia facialis 208. 441.
— Alopécie en bande 441.
— 207.
Lebon, H., Die Behandlung der Angiome mittels Elektrolyse 572.
Lederer, C., Über den Geschlechtsverkehr 348.
Ledermann 642.
Lediard, H. A., Divertikel der Harnblase; Verlegung des Ausflusses durch die Prostata; Operation 509.
Ledywick 370.
Leedham-Green, C., Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung 73.
— Antwort auf die Einwendungen der Herren Dr. Oppenheim und Dr. Löw gegen meinen Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung“ 494.
— Über den Sphincter vesicae und den Mechanismus des Blasenschlusses 510.
— 494.
Le Foll, Maurice, Einige hygienische Betrachtungen in bezug auf eine in der Bretagne beobachtete Scharlachepidemie 38.
Lefur, R., Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica 573.
Le Gendre 581.
Legrain, E., Metastatischer Prostataabscefs und Hämoglobinurie nach einer diffusen Phlegmone des Vorderarms, plötzlicher Tod 649.
— 571.
Legueu, F., Über Tuberkulose der Geschlechtsorgane 501.
— Die Hämaturie 583.
— Die Pyurie 590.
Lehle, Anselm, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter 716.
Lehmann, Demonstration von Resultaten nach Röntgenbehandlung 683.

Lehmann, Johannes, Über blennorrhoische metastatische Iritis 600.
—, K. B. 675.
Leichmann 39.
Leichtenstern 427.
Leidner, J., Die Röntgentherapie der Hautkrankheiten 682.
Leiner, Pemphigus vulgaris serpiginosus 224.
—, Carl, und Spieler, Fritz, Zum Nachweis der bazillären Ätiologie der Folliclis 560.
Leishman 314. 316.
*Leistikow, Leo, Ein neuer Pinselapparat zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica anterior 284.
Leitch, Archibald, Diagnose und Behandlung der Pocken 17.
Leleux, Diagnostische, prognostische und therapeutische Studie über das Zungensarkom 361.
Leloir 179. 547.
Leme 326. 341.
Lemierre und Faure, Die blennorrhoische Septikämie und Pyämie 602.
Lemoine 581.
Lenard 631.
Lenartowicz, Jan T., Spirochaeta pallida Schaudinn 188.
— 2.
Lengefeld, Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Chrysarobindermasan 310.
— 713.
Lengfeld 242.
Lenkei, W., Die Durchdringungsfähigkeit der blauen und gelben Lichtstrahlen durch tierische Gewebe 680.
Le Noir, Orthostatische Albuminurie und Scarlatina 581.
— 581.
Lenzmann, Lues des Magens 260.
Leonardo, Acne rosacea erythematosa infolge von reflektorischen Reizen 575.
Leredde, Behandlung des Lupus vulgaris mit Alttuberkulin Koch 298.
— Bemerkungen über Pathologie und Behandlung der Psoriasis 409.
— Über einen Fall von skarlatiniformer Hämatodermatitis, geheilt durch Gebrauch von Knochenmark 574.
Lernout, Josef, Die Symptome der Syphilis hereditaria ohne Exanthem bei Säuglingen 194.
Le Roque, G. Paul, Bakteriurie 582.
Leschnew, Über die Behandlung von Blasentumoren 494.
Lesniowski, Anton, Einige Worte über die Anomalien im Baue der Harnorgane 418.
Lesser, E., Die Stellung der Dermatologie in der Medizin 370.
— 13. 35. 72. 183. 209. 210. 329. 641. 710.
Lete, Die tuberkulo-syphilitische Symbiose der Nase 139.
Letzel 285.
Leubuscher 666.
Leuchs 485. 486.
Leunander 389.
Leuret, André, Klinische Studie über die Wechselbeziehungen zwischen peritonitischer Tuberkulose und genitaler Tuberkulose beim Weibe 106.
Levaditi, C., Über pathologische Histologie der hereditären Syphilis in bezug auf die Spirochaeta pallida 406.
— Reinkultur des Spirillum gallinarum 661.
— 101. 140. 187. 188. 230. 406. 478. 481. 485. 559. 585.
— und Manouélian, Neue schnelle Methode zur Färbung der Spirochäten in Schnitten 662.
— und Petresco, G. Z., Übergehen der Spirochaeta pallida in die Flüssigkeit künstlich erzeugter Hautblasen 150.
Levison, C. C., und Shiels, J. W., Ein Fall von Hydronephrose bei Wanderniere; Hämaturie durch Torsion des Stieles; Nephrectomie; Genesung 596.
—, Louis A., Ein Fall von Purpura haemorrhagica 722.
Levy, E., und Sorgius, W., Über einen bei den Massenimpfungen einzuführenden Verband 101.
—, Richard, Quantitative Zuckerbestimmung im Harn. Kontrollversuche mit dem Rieglerschen Kaliumpermanganatverfahren, der Pavyschen Methode und dem Polarisationsapparat 591.
Lévy, Paul Emile, Die Spermatorrhoe und ihre Therapie: psychische Erziehung und somatische Behandlung 405.
Lévy-Bing, Alfred, Über syphilitische Leukoplasie und ihre Behandlung 557.
— Ist Einreibung von Calomelsalbe ein Präventivmittel gegen syphilitische Ansteckung? 571.
— Referat 84.
— und Barthélemy, Beitrag zum Studium der Injektionen mit wässerigen Lösungen von Hydrargyrum bijodatum 86.
Lewandowsky, Felix, Zur Pathogenese der multiplen Abscesse im Säuglingsalter 123.
— Kongenitale Verhornungsanomalien 441.
— Lupus pernio perstans Besnier 483.
— Tuberkelbazillenkulturen 491.
— 208. 301.
Lewin 641.
—, L. 339.
Lewis, Bransford, Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? 732.

Lewis, C. J., Die Bakteriologie des Ohren- und Nasensekrets bei Scharlach und anderen Krankheiten 42.
—, Denslow, Aufklärung, ein Hauptpunkt bei der Prophylaxe der venerischen Krankheiten 18.
—, P. G., Ursachen und Behandlung der Enuresis 504.
Lewysohn 472.
Licharew, Tuberculosis cutis 696.
Lichtenberg, Alexander von, Morphologische Beiträge zur Kenntnis des männlichen Urogenitalapparates 566.
— und Völcker, F., Die Form der menschlichen Blase 424.
Lichtenstein 263.
Lie 23.
Liebe, Zwei Verkehrsgefahren 432.
Lieben 579.
Liebmann, V., und Fano, G., Beitrag zur Lehre der sogenannten sarkoiden Geschwülste 124.
Lienhardt 191.
Lieutaud 154.
Lieven, W. Anton, Beitrag zur Kenntnis der gummösen Nasensyphilis 74.
Lilienthal, Leopold, Santyl, ein reizloses, internes Antiblennorrhoicum 396.
Limann, Kasper 596.
Linéty 597.
Liniger 367.
Linossier 581.
Linser, Paul, Beiträge zur Frage der Hautveränderungen bei Pseudoleukämie 13.
— Über die Wärmeregulation bei universellen Hautkrankheiten 124.
— Einfluſs ultravioletter Strahlen auf den Blutfarbstoff 490.
— 270.
Lipschütz 5.
—, B., Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn 185.
Liszt, Franz v. 565.
Litten 45.
Littlejohn, P. Duncan, Die Diagnose der chronischen Urethralleiden 648.
Loeb und Hedinger, Über Aneurysmen in der Aorta von Kaninchen nach subcutaner Jodkaliumdarreichung 491.
Loeb, Fritz, Referate 30. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 40. 42. 43. 45. 46. 93. 94. 96. 99. 101. 106. 107. 108. 132. 133. 134. 192. 194. 201. 202. 203. 204. 255. 258. 259. 260. 261. 262. 264. 268. 304. 306. 307. 308. 316. 321. 324. 358. 361. 363. 364. 365. 368. 413. 414. 418. 421. 422. 425. 427. 501. 506. 508. 509. 516. 519. 521. 522. 525. 526. 578. 579. 580. 582. 584. 590. 592. 595. 797. 601. 603. 604. 615. 665. 667. 668. 669. 671. 673. 675. 681. 686. 711. 712. 716. 718. 722. 723. 724. 727. 728. 729. 730. 731. 732.
Löbl, W., Ein Fall von Erythromelalgie 37.
*Löblowitz, J., Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae 381.
— 692. 693. 694. 695.
Loeffler, F., Die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche 311.
Löffler 182. 312. 399. 478. 485. 668.
Löhe, Wilhelm, Bericht über einen Fall von Verschluſs des Ureters durch massenhafte Einschwemmung linsenförmiger Nierenbeckensteine 590.
Loerch, Wilhelm, Die Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates beim Weibe 598.
Löser, Über die Behandlung von Hautcarcinomen mit Röntgenstrahlen 359.
— und Herxheimer, K., Über den Bau der Spirochaeta pallida 184.
Löw und Oppenheim, Bemerkungen zu Dr. Charles Leedham-Greens Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung“ 494.
— 494.
Löw, L. 474.
Loewald, A., Referate 32. 33. 34. 46. 107. 131. 138. 151. 152. 153. 182. 185. 186. 190. 256. 262. 265. 312. 314. 354.
Löwenburg, H., Ätiologie und Präventivbehandlung der Scharlach-Nephritis 43.
Loewenfeld 635.
Löwenhardt, Felix, Über die Steinkrankheit der Harnwege, speziell der Blase und deren Behandlung nach in Schlesien gesammelten Erfahrungen 428.
Löwenhart 77.
Löwenheim 486.
Loewenthal, Waldemar, Beitrag zur Kenntnis der Spirochäten 189.
— Zur Kenntnis der Mundspirochäten 664.
Loewit 160.
Loewy 624.
Löwy, Karl, Beiträge zur Spirochätenfrage 393.
Logerais, Operation eines elephantiastischen Skrotums 411.
Logethetopulos, Über die Tuberkulose der Vulva 598.
Lohnstein, H., Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe 76.
— Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters 347.
— Ein Fall von Priapismus 421.
— Über Alypin in der urologischen Praxis 502.
— 591. 592.
Lombard, M. H., Über die Cystotomia subpubica bei Prostatikern. (Geschichte, Indikationen, Operationsmethoden) 522.

Lombardo, Über Fettsekretion von seiten der Knäueldrüsen 351.
Longin, Adevoat-Louis, Mischinfektion von Syphilis und Lupus 107.
Longley, J. A. N., Ein Fall von Henochscher Purpura 724.
Looss, A., Einige Betrachtungen über die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus 417.
Losdorfer 140. 148.
Louchet 232.
Loumeau, E., Eine Operation nach Freyer nebst dem Ergebnis der Sektion 249.
Love, Andrew, Die Behandlung der Spitzpocken mit Ichthyol 96.
Low, Otto, Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum (Kaposi) 396.
—, R. Cranston, Das Tuberkulin als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel 298.
Lowman, W. H., Angioneurotisches Ödem 717.
Lubarsch 282. 283.
Lübbers, Heinrich, Über ein eigenartiges als Spätform auftretendes Fleckensyphilid 202.
Lublinski, Über das Sajodin 712.
— W., Angina und Erythem 719.
Lucke, R., Über Novocain in der Urologie 348.
Lukasiewicz, Wlodzimierz, Die Prinzipien der Ekzembehandlung 310.
Lukjanow 160. 163.
Lurz, Richard Otto, Über extragenital akquirierte Primäraffekte an Kinn, Wangen, Ohren, behaartem Kopf und Stirn und anschliefsend daran ein Fall von Initialsklerose an der rechten Wange 133.
Lustgarten 140. 210. 213. 224. 685.
Lutz 209.
Luys, Georges, Entfernung von Sondenfragmenten aus der Blase. Anwendung des Luysschen Cystoskops mit direkter Belichtung 411.
— 411. 503.
Luzet 259.

Mabille 685.
M'Call-Anderson, Studie über die Verallgemeinerung der Tuberkulinanwendung 410.
Mc Dill, John R., und Musgrave, W. E., Amöbeninfektion der Harnblase ohne Rektovaginalfistel 425.
—, und Sherrey, William B., Bemerkungen über einen Fall von Hämatochylurie nebst Beobachtungen über die Morphologie des Embryo der Filaria nocturna 586.
Mc Gill 527.
Mac Gowan, G., Chirurgische Eingriffe bei Blasentuberkulose 429.
Macgregor 340.
McHatton, Henry, Geschlechtsstatistik der Neger — früher und jetzt 17.
Mache 520.
McKay, W. J. S., Gangrän der Finger nach Einnehmen von Ergotin 725.
Mac Kee, George M., Die Behandlung von Schanker, Herpes und Krampfadergeschwüren mit hochfrequenten Strömen 23.
— Die Spirochaeta pallida bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung von Goldhorns Schnellfärbung 189.
—, E. S., Dermatitis venenata-Vergiftung mit Rhus Toxicodendron 721.
Mackenzie, John Noland, Primäre Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes 649.
McKenzie, D., Die lokale anästhesierende Wirkung von Stovain 715.
McKim, Marriott, W., und Wolf, C. G. L., Cystinurie 582.
Maclennan, A., Vorläufige Mitteilung über Cytorrhyctes luis (Siegel) und Spirochaeta pallida 149.
Mac Leod, J. M. H., Granulosis rubra nasi (Jadassohn) 645.
— 210.
Mac Monagle, B., Einige Bemerkungen über Blennorrhoe beim Weibe 599.
Mac Munn, J., Injektionen der Blase und Urethra 507.
— Behandlung von Abscefs und Hyperämie der Prostata 526.
Mac Naughton, J. G., Ein Fall von Syphilis im Anschlufs an den Bifs eines Menschen 138.
Madelung 685.
Magelhães 685.
Magrath, Councilman, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
Majewski, F., und Motz, B., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Prostatacarcinome 524.
Maimonides 553.
Majocchi 179 483. 529. 530. 531. 532. 538. 539. 540.
Mair, W., Mitteilung über einen Paracolonbacillus im Urin 583.
Maisonneuve, Paul, Experimentelle Syphilisprophylaxe 655.
Maisonneuve 424.
Malherbe, H., Über die Einführung von Quecksilber vom Mastdarm aus 572.
— 176.

*Malinowski, Felix, Die Dariersche Krankheit (sog. Psorospermosis follicularis vegetans) 209.
— Eine ungewöhnliche Form von Hautmetastasen bei Brustdrüsenkrebs 490.
Malloizel nnd Oettinger, Über Pleuraerkrankungen in der Sekundärperiode der Syphilis 571.
Mallory 39.
Malmsten 263. 685.
Malpighi 97. 123. 283. 289. 290. 352. 453. 465. 537.
Manasse, Paul, Gesichtsfurunkel — metastatische Eiterungen (subphrenischer Abscefs) 321.
— 641.
Manassein, M. P., Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie 349. 395. 495. 564.
Mandrila, K., Über Desinfektion der Harnwege 502.
Mandhle, Damodar Babaji, Ein Fall von Nierensteinen bei einem Kinde 596.
Mann 32.
Manouélian und Levaditi, Neue schnelle Methode zur Färbung der Spirochäten in Schnitten 662.
Manson 327. 328. 329. 331. 332. 334. 335. 337. 341.
Mansurow 210.
Mantegazza, M., Letzte Untersuchungen über die Ätiologie und die experimentelle Übertragung der Syphilis 498.
Marchand, L., Ein neuer Grund des Irrtums in der Untersuchung der Syphilis bei den Allgemeinparalytikern 87.
— 49. 59. 122. 515. 657.
Marcovich, A., Vier Fälle von Flecktyphus 94.
Marcuse, Max, Dermatitis nodularis psoriasiformis und Follikulitiden 18.
— Erythemformen bei Syphilis 72.
— Zur Behandlung von Hautkrankheiten 676.
— Uneheliche Mütter 697.
— Hautkrankheiten und Sexualität 709.
Marino, de 3. 151. 186. 685.
Marmorek 129.
Marochet 685.
Marquée, H., und Imbert, A., Pigmentierung der Kopf- und Barthaare durch Röntgenstrahlen 652.
Marriott, W., Mc Kim und Wolf, C. G. L., Cystinurie 582.
Marschalkó, v. 695. 696.
Martial, René, Die Heilanstalt für Lupuskranke in Wien 296.
— Referat 297.
— 297. 298. 410. 574. 654.
Martin, Georges, Über Psychopathien nach Verbrennungen 32.
—, R. 326. 331. 333. 341.
Martini, Multiples cavernöses Angiom der Brustdrüse 364.
Martius 346.
Marumo, Zwei Fälle von Ekzema chronicum geheilt durch Olivenöl 655.
Maruo, Ein Fall von Lupus vulgaris, ausgehend von den Augenlidern 655.
— Über Iristuberkulose 655.
Marvin 591.
Maschka 596.
Masson, M. F. J., Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Angiomegalie der Oberlider (Blepharochalasis der Autoren) 364.
Mastri, Serum von Behring und Erysipel 323.
Máthé, G., Von der sogenannten Scarlatina chirurgica 41.
Matrushot 701.
Mauban, H., Beitrag zum Studium der Acetonurie vom klinischen Standpunkt 579.
Mauclaire, Artifizielle Synorchidie nach Durchschneidung des Samenstranges bei grofsen Hernien oder sehr hochsitzenden Hodenektopien 246.
— Symptome, Diagnostik und Behandlung der angeborenen und der erworbenen Knochensyphilis 255.
Mauke 642.
Mauquat 651.
Maurat, Louis, Studie über elastische Dilatationsbehandlung von Harnröhrenverengerungen 422.
Maximow 485.
Maydl 430.
Mayer, Zur Pirogoffschen Kampferbehandlung des Erysipels 323.
—, Aug., Zur klinischen Diagnose der Wochenbettblennorrhoe 608.
—, Moritz, Tödliche Dermatitis nach Anwendung von Scillablättern als Volksheilmittel bei einer Verbrennung 727.
—, Theodor, Zur Aspirationstherapie blennorrhoischer Urethritiden 399.
Mayou, M. S., Die in der Bindehaut durch Entzündung hervorgerufenen Veränderungen 180.
Mazel, Fortuné, Die Anwendungsweise des Gesetzes der Zwangsimpfung in Frankreich 100.
Meade, E. E., und Freeman, W. T., Ein Fall von Dermatitis repens 645.
Meara, F., Erythema nodosum: Definition und ein Beispiel 354.
Meerdervoort Pompe van 327. 341.
*Meirowsky, Beiträge zur Pigmentfrage 155.
— 162. 623.
Mekenna, John A., Syphilitisches Fieber 202.
Meltzer, S. J, Bemerkungen über Albuminurie, Cylindrurie und Brightsche Krankheit 588.

Melville, Jennely, Benjamin und Chase, Henry, Mortalität nach Prostatektomie 526.
Mendelsohn 89.
Mendès, Pacheco; Über die Cystotomia suprapubica bei kleinen Kindern 649.
Mendonia, Adolf de, Referat 557.
Mendoza, Saurez de, Über Syphilis des Verdauungstraktus 558.
— Beitrag zur Kenntnis der Darmsyphilis 703.
Ménocal, R., Beitrag zum Studium der lympho-toxischen Funiculitis in den heifsen Ländern 293.
Menschikoff, W. K., Zur Serumtherapie des Scharlachs 88.
— 89.
Mense 341.
Menzer 38.
Merck 724.
Mering, J. v., und Fischer, Emil, Über eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln 711.
Merk, Ludwig, Eine genuine Pellagra im Oberinntale 29.
— Masern ohne Exanthem 91.
— 146.
Merkel 566.
Merklen 580.
Mertsching 159. 162.
Metscherski, Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit photo-elektrischen Bädern 309.
— Anfangsstadium der Sklerodermie 556.
— Elephantiasis 556.
—, J. J., Die Bedeutung des elektrischen Bades bei den verschiedenen Formen der Psoriasis 573.
— Sclerodermie en plaques 696.
Metschnikoff, Experimentelle Syphilisforschung 436. 442.
— Weitere Mitteilungen über experimentelle Syphilis 558.
— 48. 54. 122. 139. 140. 441. 143. 227. 232. 234. 352. 433. 436. 437. 478. 572. 655. 656.
— und Roux, Die Verhütung der Syphilis 268.
— Einige neue Tatsachen in bezug auf experimentelle Syphilis 497.
Metzner, R. 707.
Meyer, Zur Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der oberen Harnwege 420.
— 246. 426.
—, Friedrich, Über ein cystisches Embryom des Testikels 519.
— und Neumann, Werner, Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis 722.
—, J. J., Die ätiologischen Beziehungen der hereditären Syphilis zu den chronischen Encephalopathien in der Kindheit 201.
Meyer, M., Haarschwund und Glatze, ihre Verhütung und Behandlung 656.
—, N. Zur Frage der blennorrhoischen Exantheme 74.
Mezincescu, D., Die Pseudotuberkelbazillen bei der Diagnose der Tuberkulose 107.
Mibelli 441. 547.
Michaelis 48. 52. 55. 58. 122. 486.
Michele 313.
Mick, Willi, Einige Beobachtungen über Hetralin 711.
Midy 86.
Miethke 210. 211. 213. 214. 223.
Migliorini, Bemerkungen zur Behandlung der Leistendrüsenadenitiden infolge von weichem Schanker 317.
Migne 554.
Migneco 619.
Mikulicz 685.
Milian, Über Leukoplasie 558.
Miller 314. 664.
—, Frank W., Augensyphilis 649.
Miramond 321.
Mitchell 686.
Minassian, P., Die Veränderungen des Blutes bei den Dermatosen 654.
Mingramm, Gustav, Über die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen 107.
Minin 633.
Mish, S., Charles, Beteiligung der Eltern bei der Übertragung der Syphilis 241.
Mitchell, Alfred, Beobachtungen bei der Behandlung chronischer Prostatitis 19.
—, Weir 730.
Miyata, Ein Fall von Lupus vulgaris mit Tierversuch 655.
Mizkiewicz 89.
Moberg, Ludwig, Referate 386.
— Lichen planus hypertrophicus 387.
— Lupus 388.
— Lichen planus 388. 390.
— Papulo-nekrotische Tuberkulide 388.
— Ausgebreiteter hypertrophischer Lichen planus 391.
— Urticaria pigmentosa 391.
— 390.
Möckel, Paul, Zur Kasuistik der Karbolgangrän 727.
Moebius, P. J., Neuere Beobachtungen über die Tabes 265.
Moeller 685.
—, Magnus, Über die Phototherapie des Lupus vulgaris im Hospital Sankt Göran, Stockholm 130.
Mohr, H., Zur Thiosinaminwirkung bei traumatischen Strikturen 423.
Moliner, Über die Behandlung der Ver-

dauungsstörungen und der infantilen Toxidermiten mit Buttermilch 676.
Moncorgé, R., Die Behandlung des Ekzema madidans in Mont-Dore 573.
Monod, E., und Loumeau, E., Grofse polycystische Nieren 571.
Montgomery 161. 297. 370.
—, Douglas W., Über Pityriasis rosea 81.
— Die Übertragung der Syphilis durch Ärzte 188.
—, Frank Hugh 26.
— und Bassoe, Peter, Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae, mit dem autoptischen Befund 243.
Monzardo, Klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit 363.
Moochcowitz, Eine neue Methode der Behandlung der Akne 295.
Moody, Earle F., Syphilisdiagnose und -Behandlung 18.
Mook, H. W., Dariers Krankheit 362.
—, und Engman, M. F., Epidermolysis bullosa und die angeborene Abwesenheit elastischen Gewebes 24.
Morax 670.
Morel, L., Beitrag zum Studium der traumatischen Blasenrupturen 293.
— 547.
Morestin 258. 259.
Morgagni 76.
Morgenbesser, H., Ein Fall von angioneurotischem Ödem 716.
Mori, Über eine seltene Intoxikation durch Krebs-Vorhautentzündung 655.
Moriyasu, Ein Fall von Lupus vulgaris entwickelt aus Pharyngealschleimhaut 655.
Morris, H., Über die Röntgenbilder von Cystin- und Xanthinoxyd-Steinen 596.
—, M. A., Die „Lichttherapie" bei Lupus vulgaris 130.
Morrow 209.
—, Prince A., Aufklärung als Faktor bei der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 732.
Morse, John Lovett, Kinderskorbut. Bericht von 50 Fällen und ihrer Behandlung 724.
Morton, C. A., Eine Serie von Fällen, bei denen Steinansammlungen sich in der Urethra prostatica entwickelten 510.
— 27. 629.
Moser 44. 46. 88. 89.
Moses, Felix, Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode 319.
Moscou, J., Über die Erfolge der Prostatektomia transvesicalis 525.
Motschan 632.
Motz, B., und Majewski, F., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Prostatacarcinome 524.
Mouch, Über die vierte (Filatow-Dukessche) Krankheit 94.
Mourek 210. 211. 213. 214. 224.
Moussons, André, Einige Fälle von Megalerythema epidemicum 93.
Mraček, Franz, Handbuch der Hautkrankheiten 178.
— 122. 166. 212. 395. 454.
Mucha, V., Pemphigus 226.
— Pagets disease 236.
— Bromakne 236.
—, und Scherber, G., Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe 188.
— 559.
Mühlbach 668.
Mühlmann, Über die Syphilismikrobien 145.
Müller 115. 120. 488. 537. 685.
—, C., Referate 37. 93. 107. 139. 207. 260. 264. 305. 308. 314. 317. 321. 322. 323. 352. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 369. 413. 421. 430. 431. 499. 509. 575. 589. 591. 594. 603. 604. 658. 661. 676. 714. 715. 718. 719. 729.
— 470.
—, Ludwig, Neue Untersuchungen über die quantitative Aufnahme organischer Nitrokörper durch die Haut 675.
—, O., Ein Fall von Lymphangiektasie mit Lymphorrhoe 644.
—, Walter, Über schwere Gangrän der Bauchdecken infolge lokaler Eisapplikation und das Zustandekommen derartiger Veränderungen im Tierversuch 33.
Münchheimer 51. 122.
Mulert 282.
Muren, G. Morgan, Bericht über zwei Fälle von Syphilis 17.
Murrell, Thomas W., Syphilis der Neger; ein Beitrag zur Rassenfrage 403.
Musgrave, W. E., und Mc. Dill, John R., Amöbeninfektion der Harnblase ohne Rektovaginalfistel 425.
Muto, Über meine neue Paraffinplatte 655.
Mutz, Charles M., Heirat und Ehescheidung 18.
Mussen 593.
Myers 635.

Nachmanides 477.
Nadoleczny 92.
Nagano, Oedema cutis circumscriptum acutum 655.
Nagel, W., Handbuch der Physiologie des Menschen 707.
Nagelschmid 621.
Nagelschmidt 228.
Nakahara 655.
Nakanishi 52.

Narich, F., Über syphilitische Gummata der Augenlider 256.
Nathan, Hugo, Über Selbstheilung des Angioms durch Ulceration 364.
Nathusius 658.
Nattan-Larrier, L., und Bergeron, André, Die Spirochaeta pallida im Blute der Syphilitiker 188.
Naunyn 301.
Nauwerk 44.
Necker 694.
Neely 209.
Neisser, Albert, Untersuchungen über die Übertragung der Syphilis auf die Affen. 127.
— Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 143.
— Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung 207. 433. 434. 442.
— 11. 12. 13. 46. 139. 140. 141. 227. 228. 232. 234. 609. 728.
—, und Jacobi, Eduard, Ikonographia dermatologica 300.
— 11. 12. 13. 46. 106. 139. 140. 141. 208. 227. 228. 232. 234. 301. 332. 337. 341. 352. 433. 436. 437. 482. 495. 572. 609. 616. 685. 687.
—, Baermann und Halberstädter, Ludwig, Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen 616.
Nekam 210. 213.
Nekwasil, Hermann, Der maligne Furunkel nach den Fällen der Leipziger chirurgischen Klinik des Herrn Professor Trendelenburg in den Jahren 1896 bis 1904 319.
Némorin, Emanuel, Über sekundäre Inokulation der Haut durch tuberkulöse, subcutane oder tiefere Herde 107.
Nennenga, Heyo, Ein Fall von sehr kleinem, primärem Hodenkrebs mit sehr grofsen Metastasen der Lunge 519.
Nestler 727.
Nestorowsky, W. A., Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis 239. 289.
Neubauer 586.
Neuberger, Über blennorrhoische Sekretuntersuchungen 485.
— Auffinden von Metschnikoffschen Makrophagen im Urethralsekret 485.
— Über die Prophylaxe der Epididymitis blennorrhoica 486.
— 207. 270. 321. 485.
Neugebauer 596. 597.
Neumann, Ein Fall geheilter Lepra maculo-tuberosa 103.
— Creeping disease 224.
—, E., 49. 55. 122. 685.
—, H., und Oberwarth, Ernst, Häufigkeit der hereditären Syphilis 193.
Neumann, Wladyslaw, Über den sogenannten Weichselzopf 298.
— 48. 52. 121. 164. 194. 225. 230. 232. 355. 395. 453. 470.
—, H. 193.
—, Werner, und Meyer, Fritz, Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis 722.
—, Wladyslaw, Weiteres über die Weichselzopfkrankheit 300.
Neusser, E., Über Pellagra 30.
Newborn 698.
Newman, D., Das Cystoskop 503.
—, E. D., Ein Fall von multiplem Keloid 699.
Nicolas, Joseph, und Favre, M., Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Klinische und histologische Untersuchungen 245.
— Behandlung der Alopecia areata durch passive Hyperämie der Kopfschwarte unter Kompression mit einem Gummibande 295.
— Grofsfleckiges Hauterythem mit Atrophodermie bei einem Tuberkulösen 568.
—, und Lacomme, L., Ein Fall von Dermatomykose unbehaarter Stellen bei einem Mann, verursacht durch das Mikrosporon canis 28.
Nicolau 13. 211. 224.
Nicolich, Die Vibrationsmassage der Prostata 250.
— 423.
Nicoll, J. H., Die gegenwärtige Stellung der Prostatachirurgie 527.
— 527.
Nicolle 370.
Niessen, van, Der heutige Stand der Syphiliserkenntnis 135.
— 144. 442.
Nieuwenhuis 328. 330. 332. 333. 334. 335. 339. 341.
Nigris 153.
Nikiforow 262.
Nikolski 35.
Nissbeth 685.
Nitch, C. A. R., und Corner, E. M., Die unmittelbaren und späteren Resultate der hohen Operation bei Varicocele 516.
Nitze 75. 76. 427. 428. 503. 505. 506. 564.
Nobl, Spirochaeta pallida 230.
— Keratom 230.
— Ichthyosis nitida 231.
— Lupus erythematosus 231.
— Extragenitale Sklerose 231.
— Lichen ruber planus 231.
— Lichen scrophulosorum 235.
— Leukoderma syphiliticum 235.
— Lichen ruber planus 235.
— Lues condylomatosa 235.

Nobl, Skrophulotuberkulose, Senkungsabscefs, Skrophuloderma und papulonekrotisches Tuberkulid 236.
— Pemphigus successive à kystes épidermiques 441.
— Syphilisübertragung durch die Impfung 442.
— 229. 235. 270. 438. 483. 486. 488.
—, und Kreibich, Urticaria pigmentosa 483.
—, G., Beiträge zur Onychopathologie 369.
— Zur Klinik und Ätiologie der Deferentitis pelvica 517.
Nocard 100.
Nötzel, Karl, Öffentliche Häuser in Rufsland 173. 174.
Noiré 652.
Nonne, M., Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der syphilitischen Spinalparalyse 266.
— 267.
Nordmann, O., Erfahrungen über Hyperämie bei akuten Entzündungen 677.
Nouvat, J. R., Masern und Schwangerschaft 92.
Novak, Josef, Beitrag zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie 580.
Nylander 587.

Oberländer 284. 286. 288. 493. 694.
Oberwarth, Ernst, und Neumann, H., Häufigkeit der hereditären Syphilis 193.
Oesterreicher 423.
Oettinger und Malloizel, Über Pleuraerkrankungen in der Sekundärperiode der Syphilis 571.
Ohler, Karl Wilhelm, Der Einfluss des Geschlechtslebens der Tiere, insbesondere der Vögel auf die Epidermoidalgebilde der Haut 668.
Ohno, T., Therapie der Erfrierung 399.
— Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis mit Demonstration von deren Moulage 655.
— 655.
Okamura, Über die Hautausschläge und Inkubationsdauer der Syphilis bei Japanern 655.
Okuniewski, Jaroslav, Kasuistische Mitteilungen 154.
— Geschwür der Harnblase 154.
— Urethrale Konkremente 154.
— Aktinomykose nach einer Hautverletzung 154.
Ollendorff, Kurt, Krankheit und Selbstmord. Beiträge zur Beurteilung ihres ursächlichen Zusammenhanges 46.
Ophüls, W. 593.
Oplatek, Karl, Über Atoxyl mit besonderer Berücksichtigung des biologischen Arsennachweises bei dessen Anwendung 559.
Oppenheim, Moritz, Urticaria chronica recidivans 226.
— Mollusca contagiosa 231.
— Lichen ruber planus 235.
— Atrophia cutis idiopathica 235.
—, und Sachs, Otto, Über Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten 183.
— Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis 393. 560.
— 151. 174. 226. 439.
—, und Freund, Leopold, Die Röntgenstrahlenbehandlung des Lichen ruber planus 353.
—, und Löw, Bemerkungen zu Dr. Charles Leedham-Greens Aufsatz: „Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung 494.
— 494.
Oppenheimer, Rudolf, Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis 199.
Orlepski 74.
Orlowski, W. F., Über Pyelitis als Schwangerschaftskomplikation 240.
Ormerode 210. 213.
Orth, Hermann, Über die Autorennamen in der medizinischen Nomenklatur 684.
Otto, M., Über die Giftwirkung einiger Stämme von Aspergillus fumigatus und Penicillium glaucum nebst einigen Bemerkungen über Pellagra 719.
—, Richard, Über einen Fall wechselseitigen Auftretens von angioneurotischem Odem und Migräne 716.

Paalen 635.
Paget 201. 223. 236. 242. 244. 681. 685.
Panca, J., und Babes, V., Über Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis 190.
Pancini 263.
Papadopoulos, Die Operation nach Freyer, die totale Prostatektomie auf suprapubischem Wege 248.
Papakostopulos 89.
Pappenheim 53. 54. 55. 57. 90. 114. 122. 155. 156. 157. 163. 165. 167. 485. 486.
Paramore, W. Erasmus, Experimentelle Studie über einige Fälle von Urticaria 242. 400.
Paranhos 326. 341.
Parenski 712.
Parker, Bushton, Grofser Stein im Ureter; Entfernung desselben durch Sectio alta vesicae 590.

Parmentier, Henri, Zur Spektralanalyse normaler und pathologischer Urine. Sensito-Coloriuretrie 578.
Parrot 407. 685.
Paschalis, M., Ein Fall von hereditärer Lebersyphilis 703.
Paschen, Über das Auftreten der Vaccinekörperchen bei Revaccination 100.
Passenaud, R., Beitrag zum Studium des syphilitischen Geschwüres am Collum uteri 260.
*Pasini, Über Purpura senilis 451.
— Intraepidermale, unter der Hornschicht gelegene Talgdrüsen 499.
Pasteur 141.
Pauchet, Victor, Dauerresultate der Prostatektomie bei Prostatahypertrophie 411.
Paul, M. E., Abnorm lokalisierte Vaccine 101.
Pautrier, Soll man in der Syphilistherapie Jod weitergeben? 306.
Pavy 591. 592. 685.
Pawlow 210. 211. 212. 218. 223. 224.
Pelagatti, Die anatomische Beschaffenheit des blennorrhoischen Eiters 350.
Pelanz, Victor, Über Dermatitis und Primula obconica 726.
Pellizzari, Erster Bericht über die Tätigkeit des Phototherapeutischen Institutes der Universität Florenz (verbunden mit der dermo-syphilopathischen Klinik für das Jahr 1905 431.
Pereira, F. Gilberto, und Souza jun., de, Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei akquirierter und kongenitaler Syphilis 182.
—, J. A. W., Einkeilung einer Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes 424.
Perl, v. 674.
Pernet, George, und Bunch, J. Lemare, Die opsonische Behandlung mancher Hautkrankheiten 646. 698.
Perthes 671.
Peters, Helmuth, Über Jodipinresorption 675.
Petersen 210. 213. 214. 224. 433.
Petges, G., und Cléjat, C., Atrophische Sklerose der Haut und allgemeine Myositis 245.
Petresco, M. G. Z., Die Proliferierungszentren der Syphilis und die Spirochaeta pallida 140.
—, und Levaditi, C., Übergehen der Spirochaeta pallida in die Flüssigkeit künstlich erzeugter Hautblasen 150.
—, Imprägnierung der Spirochäten in Schnitten mit Argentum nitricum 662.
— 187.
Petrini (Galatz), Beitrag zur Klinik und Histologie der Epidermolysis bullosa congenita 702.
— 21.
Petrow, N. N., Ein experimentell erzeugtes Hodenembryon 514.
Peyper 555.
Peyronie, B. J. M., Die Behandlung der Syphilis bei den Tunesiern 304.
Pezzer 411. 521.
Pfeiffer 32. 129. 208. 229. 270.
Pfeil, Franz Eberhard, Über traumatische Harnröhrenverengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz 505.
Pflüger 35.
Philip, Caesar, Ein neuer Wäscheschutz bei Blennorrhoe 609.
Philippi, Referate 40. 41. 42. 43. 91. 93. 96. 101. 103. 104. 130. 132. 138. 149. 187. 188. 200. 256. 257. 296. 305. 306, 307. 316. 349. 355. 357. 363. 365. 366. 408. 415. 416. 419. 424. 425. 429. 431. 496. 497. 501. 503. 504. 507. 509. 510. 511. 514. 516. 517. 526. 528. 566. 573. 582. 583. 588. 590. 595. 596. 599. 653. 662. 665. 669. 686. 697. 700. 703. 715. 717. 719. 720. 722. 723. 724. 725. 726. 729. 736.
— 376.
Philippson 414. 613.
Philo 476. 555.
Pick, Tuberkulid 225.
— Favus serpiginosus 227.
— Syphilis serpiginosa papilliformis 231.
— Tuberoserpiginöses Syphilid 236.
— 495. 642.
—, F. J. 146.
—, Walter, Über ungewöhnliche Erscheinungsformen des Lupus erythematodes 415.
Piedra 685.
Pinard 17.
Pineles, Friedrich, Über die Bedeutung der Syphilis in der internen Medizin 151.
Pinkhoff 555.
Pinkus, Felix, Pigmentlose, atrophische Herde mit lichenisierten Partien 12.
— Bemerkungen über Pathologie und Therapie des Ekzems 311.
— Circumskripte Cutis anserina 392.
— Über den Haarausfall nach fieberhaften Krankheiten 669.
— Referate 12. 72. 641.
— 13. 14. 208. 270. 641.
Pinna, Zur Prophylaxis der Masernkomplikationen 98.
Pirogoff 323. 685.
Pirone und Podvysoski, Die histologischen Veränderungen der Haut nach Kältewirkung mit besonderer Berücksichtigung der feinen Details im Regenerationsprozeß des Epithels 661.
Pisko, Edward, Ein Fall von Prurigo Hebra 18.
Plaut 250.
Plehn 325. 331. 341.

Plinius 377. 685.
Poehl 254.
Podvysoski und Pirone, Die histologischen Veränderungen der Haut nach Kältewirkung mit besonderer Berücksichtigung der feinen Details im Regenerationsprozefs des Epithels 661.
Poirson, Charles, Über lymphangitisches Ödem des Armes nach breiter Abtragung der Brust wegen Carcinom 358.
Polano 239.
—, M. E., und Selhorst, S. B., Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi 643.
Pollio, G., Über Pigmentnaevi 15.
*Polland, R., Über Cylindroma epitheliale 279.
Pollano 485.
Pollitzer, J., Referate 224.
—, S., Ein Fall von chronischer Ulceration in der Scham- und Leistengegend 126.
— 183.
Poltavtzev, P., Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg-Bibromid 497.
Pontoppidan 232.
Pope, F. M., Ein Fall von Ochronosis 366.
Popper, Zur Behandlung der Impotenz beim Manne 512.
Porro 514.
Porten, William Henry, Die Wirkungen der Harnsäure auf den Urogenitalapparat 501.
Pospélow, A., Nekrologe auf W. Tarnowsky und J. Barthélemy 556.
— Ein Fall von Erythromelalgie 730.
— 301. 556. 696.
Pospischill 89.
Posner, C., Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe 512.
— 239. 485. 486.
Post, Abner, Die Länge des primären Inkubationsstadiums der Syphilis 401.
— 166.
Pott 406.
Poupart 520.
Powell, Arthur 341.
Power, H. D'Arcy, Diagnose der Syphilis des Nervensystems 404.
Poyntz, T., und Wright, James Homer, Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz 645.
Praetorius, Ein Fall von erworbenem, symmetrischem Farbstoffverlust der Haut (Leukopathia acquisita, Vitiligo) 414.
Pravaz 141.
Preis, C., Der mikroskopische Nachweis von Spirochaeta pallida 662.
—, und Róna, S,, Von der Spirochaeta pallida 153.
Preisz 190.
*Preuss, J., Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud 271. 342. 376. 470. 549.
Pringle 21.
Privat, Die Syphilis und die Schwefelwässer 306. 497.
Proca 187.
Profeta 186. 685.
Provacini 619.
Provera, Primäres tuberkulöses Geschwür der Zunge 107.
Prowazek 101. 399. 438.
—, S. v., und Hoffmann, Erich, Untersuchungen über die Balanitis- und Mundspirochäten 668.
Puillemin 152.
Pusey, William A. 26.
Pusson 426.
Putzler, Referate 30. 35. 89. 93. 131. 135. 139. 149. 150. 183. 197. 199. 200. 206. 255. 269. 302. 305. 310. 312. 316. 319. 353. 357. 359. 364. 369. 414. 416. 419. 502. 503. 505. 507. 515. 518. 520. 580. 586. 587. 599. 604. 663. 664. 675. 678. 680. 682. 710. 711. 715. 716. 717.

Quark 288.
Quentin, Georges, Über die Autoinokulation des syphilitischen Schankers 132.
Queyrat 21. 489.
Quest 89.
Quillian, Daniel David, Rasseneigentümlichkeiten als Grund des Überwiegens der Syphilis bei Negern 402.
Quilliet, J. A. M., Über okulare Paralysen hereditär-syphilitischen Ursprungs 201.
Quincke, H., Über Hydrops toxicus 718.
— 166. 169. 685. 704. 716.
Quinquaud 127.

Raab 628.
Rabek, Ludwig, Einige Worte über die Diagnose der Lues hereditaria praecox 194.
Rabl 52. 53. 122. 163. 166.
Radaeli, Francesco, Mykosis fungoides oder Pseudoleucaemia cutanea 290.
— Untersuchungen über die Spirochaeta pallida bei der erworbenen und hereditären Syphilis 498.
Raddé 660.
Rafin 493.
Rahn, Arthur, Referate 30. 89. 45. 88. 90. 91. 92. 95. 96. 97. 99. 100. 102. 103. 108. 133. 137. 140. 141. 142. 143. 144. 146. 148. 149. 154. 183. 189. 190. 205. 206. 256. 265. 267. 305. 306. 309.

314. 322. 355. 367. 370. 413. 416. 418. 423. 424. 425. 428. 430. 503. 508. 517. 521. 522. 524. 581. 583. 585. 597. 600. 602. 606. 607. 668. 672. 679. 683. 713. 727. 732.
Ramshorn, Richard, Über einen Fall von Karbolnekrose und über Experimente zur Feststellung der Dosis, welche genügt, diese Veränderung der Haut zu erzeugen 34.
Ranvier, L. 49. 53. 54. 121.
Raph 263.
Rasch 262. 263.
Raudnitz 54. 121.
Rauzier, G., Die Behandlung des Scharlachs 45.
— 685.
Ravasini, Carlo, Vorläufige Mitteilung über eine interne Urethrotomie 423.
Ravogli, August, Der Einfluſs der väterlichen Vererbung auf Erbsyphilis 16.
— Alopecia syphilitica 241.
— Pemphigus vegetans 244.
— Die „reizbare Blase“ 424.
— Über Hautkrebs 558.
— 25. 126. 243. 401.
Ray, M. B., Ein Fall von Fremdkörper in der Blase; Genesung 511.
Raynaud, Maurice 396. 413. 415. 635. 685. 716.
Reale, A., Über die Pityriasis rubra pilaris 307.
— Neue Versuche von experimenteller Inokulation von Hautsarcoma (Kaposi) 361.
Regensburger, Alfred, Über Lichen ruber 558.
Regenspurger, Anton, Beitrag zur Therapie der Blennorrhoea urethrae 604.
Recklinghausen 15. 236. 363.
Reclus, Das Epitheliom auf der Oberfläche von Schleimhautleukoplasien 360.
— Behandlung der traumatischen Rupturen der Urethra 510.
— 322. 685.
Reder 453.
Regidor, A. Pardo, Arzneiexantheme 718.
Rehn 427.
Reichel 597.
—, Heinrich, Über Nephritis bei Scharlach 44.
Reines, Sykosis parasitaria profunda 225.
— Systematisierter Naevus papillomatosus 225.
— Ausgebreitetes Syphilid 231.
Reischauer, Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues 190.
Reiss 2.
Renaud, Henri, Über die klinische Bedeutung der Bence-Jonesschen (thermolytischen) Albuminurie; ihre Beziehungen zur Parasyphilis 580.
Renault, A., Gonosan, ein neues internes Mittel gegen Blennorrhoe 573.
— 210. 224.
Rénon, Louis, Die Entwicklung der Lungentuberkulose bei den Syphilitikern 139.
— Stenose der Mitralis, Aortitis, Coronaritis und Tabes bei einer Syphilitischen 350.
—, und Chaillou, M., Die in einer groſsen, modernen Schule zur Abhaltung zweier Epidemien getroffenen Maſsnahmen 666.
Renou, Eugène Henri, Über subunguale und periunguale Panaritien und ihre Behandlung durch Entfernung des Nagels 316.
Respighi 307.
Reuter 479.
Revol, L., Über tertiäre Kehlkopfsyphilis 258.
Reyer, E. C., Syphilis des Nervensystems 403.
Reyn 130. 131. 132.
Reynaud, Louis, Über einige klinische Methoden der schnellen aproximativen Bestimmung des Harneiweiſses 582.
Richardson 622.
Richter 324.
—, Paul, Über Bubonenbehandlung 319.
— Über die Verhütung und Behandlung von Fingerinfektionen der Ärzte 370.
—, R., Über die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heiſsen Bädern 676.
—, W. Paul, Zur Prophylaxe der Kathetercystitis 507.
Ricklin, E., Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf den Affen, betrachtet in ihren Beziehungen zur praktischen Medizin 654.
Ricord 230. 232.
Riecke 470.
Rieg 95.
Riegler 591.
Riehl, Morbus Recklinghausen 236.
— Brunstorgan der Gemse 237.
— 226. 231. 236. 282. 283. 313.
Ries, C., Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen 564.
Riese, H., Operationen an den Samenblasen 520.
Riga 686.
Rigal, A., Histologische Untersuchungen über die Blasenschleimhaut 508.
Rille 13. 202. 210. 349. 561. 610. 614.
Ringleb, Otto, Cystoskop nach Maisonneuveschem Prinzip 424.
Ritter 290.
Rivet, L., und Beusaude, R., Purpura haemorrhagica und Tuberculosis 723.
Robbins, F., Einige Betrachtungen über Leukoderma (Addissons Keloid) 414.

Robert, F. A. H., Netzsyphilis 259.
—, Léopold, Purpura haemorrhagica und Tuberculosis chronica 723.
Roberts, H. H., Über Oxalurie 586.
Roberts, Leslie 340.
Robertson, Charles M., Nasensyphilis 648.
Robison, John A., Dauer und Heilungsmöglichkeit der Syphilis 648.
Robson, Mayo 527.
Rochet, Cystalgien der Frauen 404.
Rockwell, A. D., Physikalische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten 18.
Röhrer, H., B. Wagners Saccharo-Manometer zur quantitativen Bestimmung des Zuckergehaltes unverdünnter Urine 590.
Röntgen 14. 18. 19. 33. 76. 81. 82. 105. 129. 131. 207. 226. 231. 235. 241. 243. 288. 307. 321. 353. 359. 360. 361. 362. 366. 388. 414. 420. 424. 440. 483. 484. 490. 510. 520. 526. 527. 565. 566. 567. 572. 586. 624. 630. 650. 652. 680. 681. 682. 683. 726.
Rokitansky 672.
Rolando, Über einen gemischten kongenitalen Tumor der Zunge 865.
Rolleston, J. D., Ein Fall von konfluierenden Schafblattern mit sekundärem Fieber 95.
— Hereditäre Syphilis und Typhus abdominalis 200.
Romanow 262.
Romanowsky 187.
Romberg 534.
Romtag 403.
Rona, Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen, neurotischen Hautgangrän 36.
— 122. 489. 643.
—, D., Ein Fall von Clitoriskrebs 597.
—, S., Spirochäten im Gewebe bei Noma, Nosokomialgangrän, Ulcus gangraenosum und Lungenbrand 207. 485.
—, S., und Preis, C., Von der Spirochaeta pallida 153.
Roncali 729.
Rosa, G. de, Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei Pustula maligna 322.
Roscher, Psoriasis 72.
— Ulceröse Frühlues mit Zuckergehalt des Urins 72.
— Starke Pigmentierung bei lange unbehandelter Syphilis, Zerstörung des Penis 72.
— Dermatitis herpetiformis 72.
— Mal perforant 72.
— Alopecia areata 72.
— Ulcus molle, gleichzeitige Anwendung von Kalomel und Jodkalium 72.
— Lupus erythematodes des Gesichts 72.
Roscher, Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei Syphilis 183.
— Spirochaeta pallida und Syphilis 187.
— Ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf 353.
— 601.
Roscher, Kurt, Praktische Erfahrungen mit Sajodin 712.
Rosenbach, O., Das Problem der Syphilis und kritische Betrachtungen über ihre Behandlung 576.
— 204. 577. 686.
Rosenbaum 277. 342. 343. 345. 376. 381. 473. 476. 553. 554. 555.
Rosenberg, Siegfried, Über Zuckerbestimmung im Harn 592.
Rosenberger, R. C., Die bei der Syphilis anzutreffenden Spirochäten 188.
Rosenfeld, Georg, Hauttalg und Diät 666.
Rosenstein 253. 595.
—, Alfred, Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes 268.
Rosenthal 398.
—, O. 732.
Rostaine, Über Reinfektion bei hereditärer Syphilis 192.
Roth, A., Striae distensae s. atrophicae cutis nach Pneumonie und Brustfellentzündung 369.
— Ein Fall von diffuser Hautatrophie 369.
—, E., Die Leproserien, speziell Lothringens 103.
Roubinowitsch, Beurmann, v., und Gougerot, Geistesstörungen bei Lepra. Mit Berücksichtigung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprösen 563.
—, L. 104.
Rouville 694.
Roux 100. 139. 140. 141. 143. 227. 232. 234. 327. 341. 437. 572.
— und Metschnikoff, Die Verhütung der Syphilis 268.
— Einige neue Tatsachen in bezug auf experimentelle Syphilis 497.
Rovsing, Die Behandlung der Prostatahypertrophie 521.
Rubinstein, Chaja, Die Fälle von Syphilis hereditaria, welche im Kinderspital Zürich in den Jahren 1884—1904 behandelt worden sind 190.
Rubner 589.
Rudnik, Josef, Wasseranwendungen bei Syphilis, die gegen Quecksilber allein refraktär ist 805.
Rudolf, V., Skizzen aus einem Magdalenenstift 564.
Ruhemann, J., Anwendung des Mesotanvaselins 322.

Runeberg 262.
Runge 112.
Ruppel, W. G., Über Diplococcus intracellularis meningitidis und seine Beziehungen zu den Gonokokken 664.
Rusch, Paul, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie 392.
— Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie 561.
Ruziczka 585.
Rybalkin 635.

Saalfeld 18. 641. 642.
—, Edmund, Therapeutische Mitteilungen 558.
— Zur Färbung glatter Muskelfasern 558.
Saalschütz 551.
Saar, Günther von, Ein Fall von erworbener Elephantiasis der Kopfschwarte 352.
Saathoff, Beiträge zur Pathologie der Arteria basilaris 264.
Sabaréanu, G., Über sukzessive syphilitische Schanker 133.
— 232.
Sabouraud, R., Die Radiotherapie des Ringworm am Spital St. Louis zu Paris 241.
— Die Behandlung der Phthiriasis mit Xylol 349.
— 307. 334. 341. 652. 679.
Sabritschewski 233.
Sachs 151.
—, Otto, und Oppenheim, Moritz, Über Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten 183.
— 631.
—, Theodor, Santyl im Vergleich mit anderen Sandelpräparaten 607.
Sack 203.
Sänger 644.
—, Ludwig, Über die Vena dorsalis penis 421.
Sahli 547. 591. 592.
Saillant, Augustin, Die Röteln 93.
—, Georges, Zur Kenntnis der akuten und chronischen Decubitusformen bei Dementia paralytica 30.
Saint Paul, Léonard de, Studie über 300 Scharlachfälle, welche im Hospital des Enfants-Malades im Jahre 1903 zur Beobachtung kamen 731.
Sakurane, K., Über das Schicksal subcutan injizierter Substanzen, insbesondere des Paraffins 291.
— Über die Hauttuberkulose 655.
Salisbury, J. H., Einfluſs der Syphilis auf Gesundheit und Lebensdauer 241.
Salmon 478.
Salvini, Über einen Fall von primärem Sarkom der Leber mit einer Form von symptomatischer Prurigo 37.
Salzer 91.
Samberger 124.
Sandman, Lupus 386. 387. 391.
— Leichentuberkel 387.
— Epithelioma 388.
— Lupus vulgaris 388.
Sandow 718.
Sarasin, P. und F. 326. 341.
Sarazanas, M. P. H., Über generalisierte Fibromatose der Haut, ihre Formen und ihre Natur 363.
Sard 250.
Sasakawa, Ein Fall von Lupus vulgaris 655.
Sato 655.
Saucet, P. E. A., Beitrag zum Studium der Arthropathien bei tardiver hereditärer Syphilis 202.
Savill, Agnes F., Zwei Fälle von Epidermolysis bullosa 728.
— 341.
Sawtschenko 88.
Schädel, Hans, Verhaltungsmaſsregeln bei akuter Blennorrhoe 600.
Schaffer 582.
Schäffer, J., 207.
Schamberg, Jay Frank, Ein Fall von Lupus erythematosus in früher Kindheit 402.
— und Hirschler, Rose, Zwei Fälle multipler Tumoren der Haut bei Negern mit Jucken verbunden 80.
— 26.
Schaudinn, Fritz, Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida 152.
— 1. 72. 86. 137. 140. 149. 150. 153. 185. 187. 188. 189. 190. 250. 296. 314. 399. 417. 434. 436. 478. 479. 481. 485. 664. 686.
Schedel 452. 470.
Schedler, Robert, Zur Kasuistik der Blasentumoren bei Farbarbeitern 426.
Scheppegrell, Wm., Syphilis der Nase und des accessorischen Sinus 240.
Scherber, Balanitis erosiva und gangraenosa 488.
— Balanitis circinata 488.
— 207. 482. 559.
— und Benedek, v., Versuche, Kaninchen durch Einbringung luetischen Materials im Auge zu infizieren 439.
—, G., und Mucha, V., Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe 188.
Scheube 327. 329. 330. 341.
Schick, Béla, Über die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs 89.
Schiff 622. 626. 628.
—, Eduard, Röntgenstrahlen und Radium bei Epitheliom 360.

Schilling, Rezidivierende Stomatitis aphthosa 615.
Schindler, Behandlung der Tripper-Nebenhodenentzündung 487.
— 207.
Schlagintweit 506.
Schlesinger, H., Syphilitische und hysterische Pseudoosteomalacie 255.
Schmid, Julius, Über den Ausscheidungsort von Eiweifs in der Niere 579.
Schmidt, Carcinom bei Lupus erythematodes 72.
—, C. K., Die vermeintlichen und die tatsächlichen Gefahren der Rute als Erziehungsmittel 564.
—, H. E., Über bleibende Hautveränderungen nach Radiumbestrahlung und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung der Becquerelstrahlen 33.
—, Karl 879.
—, L. E., und Kolischer, G., Ein Versuch, die Bestimmung des elektrischen Leistungswiderstandes des Urins für klinische Zwecke zu benutzen 347.
—, M. B. 166. 168. 169.
—, Moritz 263.
—, O., Über einen protozoenähnlichen Mikroorganismus in malignen Tumoren und durch diesen erzeugte transplantierbare Geschwulstformen beim Tiere 355.
Schmorl 479.
Schneider, K. C. 49. 54. 55. 58. 122.
Schönfeldt, Max, Sklerodermie, Sklerodaktylie 414.
Schönlein 452. 665. 686. 724.
Scholtz 153. 627.
Schottin 686.
Schourp, Referate 19. 32. 34. 44. 78. 95. 101. 102. 105. 125. 129. 135. 154. 189. 194. 201. 240. 241. 255. 265. 316. 348. 353. 357. 358. 359. 360. 362. 364. 365. 367. 404. 417. 418. 421. 424. 428. 504. 507. 508. 514. 518. 519. 525. 526. 563. 567. 580. 582. 584. 587. 590. 594. 595. 598. 599. 601. 603. 605. 645. 649. 656. 657. 659. 660. 666. 667. 668. 669. 683. 710. 711. 713. 719. 722. 724. 732.
Schramm, Carl, Referate 511. 512. 520. 588. 664. 665. 669. 723. 730.
Schreiber 627.
—, L. 49. 114. 122.
Schrenck-Notzing, v. 635.
Schridde 53. 122.
—, Herm., Histologische Untersuchungen der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum 607.
Schröder, Alfred, Über Karbolgangrän und lokalen Karbolismus 34.
Schroeter, Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente und diesen ähnliche Fremdkörper 423.
Schrötter, v. 532.
Schrumpf, P., Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola 99.
Schücking, Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Carcinome 359.
—, A., Zur Blennorrhoe-Prophylaxe 394.
Schürer, B. 271. 274. 378.
Schuftan, Adolf, Über Phenyform, ein neues antiseptisches Streupulver 713.
Schuhmacher 674.
—, Carl, II, Quecksilber und Schleimhaut. Die lokale Hydrargyrose. Eine klinische Studie nach Aachener Erfahrungen 673.
Schultes, Leukoplast bei Wundreiten und Wundlaufen 31.
Schultz 13.
—, Frank, Blennorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne Schleimhautblennorrhoe 692.
— -Zehden, Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven 416.
Schulze, Bernhard, Referate 16. 31. 40. 45. 75. 87. 104. 107. 125. 127. 137. 145. 148. 182. 184. 188. 189. 190. 201. 292. 300. 301. 304. 346. 350. 359. 361. 370. 399. 407. 412. 416. 420. 421. 422. 423. 432. 501. 505. 512. 514. 525. 558. 562. 572. 578. 584. 592. 602. 604. 606. 607. 644. 652. 655. 661. 665. 677. 710. 712. 713. 715. 718. 719. 725. 729.
—, W., Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen 144.
— Der Cytorrhyktes luis (Siegel) 147.
Schwabe 210. 211. 213. 224.
Schwalbe 166. 341. 659. 660.
—, J., und Ebstein, W., Handbuch der praktischen Medizin. II. Band: Die Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Die venerischen Krankheiten 252.
Schwarz, Ein neuer Fall von metastatischer blennorrhoischer Phlegmone 602.
—, E., Ein neues Heilmittel der Blennorrhoe 605.
Schweihofer, Hermann, Über Duodenalgeschwüre nach Hautverbrennungen 32.
Schweitzer, A., Arhovin in der Therapie der Blennorrhoe 697.
Schweninger 210.
*Schwenter-Trachsler, Ergebnisse von Untersuchungen an Mastzellen der Haut 47. 114.
— 122.
Schwerd, Max J., Larynxsyphilis 240.
Schwimmer 610.

Secchi, T., Klinische Beobachtungen über die Arthritis blennorrhoica und ihre Behandlung nach der Methode von Bier 603.
Sederholm, Sklerodermie 391.
— 386. 390.
Seifert, Otto, Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus 124.
Seitz 91.
Sekiba, Über die chirurgische Behandlung von Blasentuberkulose 655.
Selhorst 15.
—, S. B., und Polano, M. E., Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi 643.
Sellei, Über Spermatocele 73.
Sellheim, Hugo 707.
Semon, F., Einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Syphilis der oberen Luftwege 257.
Senator, H., Zur Kenntnis des Skorbuts 725.
Séquard 254.
Sequeira, James H., Ausgedehnter Ringworm mit Ulceration des Nabels 400.
Serenin, Ein Fall von Syphilis maligna 202.
Serre, Louis, Über primäres und sekundäres Epitheliom des äußeren Ohres mit besonderer Berücksichtigung der Therapie 360.
Sexton, L., Erfolgreiche Amputation des Penis wegen Epithelioms 421.
Shaw 89.
Shelley 686.
Shelmise, J. B., Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 24.
Shepherd, Francis J., Ein Fall von rekurrierender Blaseneruption des Gesichts; wahrscheinlich Pemphigus hystericus 80.
Sherrey, William B., und McDill, John R., Bemerkungen über einen Fall von Hämatochylurie nebst Beobachtungen über die Morphologie des Embryo der Filaria nocturna 586.
Shibukawa 655.
Shiels, J. W., und Levison, C. C., Ein Fall von Hydronephrose bei Wanderniere; Hämaturie durch Torsion des Stieles; Nephrectomie; Genesung 596.
Shimoyama 399.
Sichel, G., Die Röntgenbehandlung der Tinea tonsurans capitis 307.
Sickler 554.
Siebert 697.
—, Conrad, Über die Spirochaeta pallida 151.
— Über extragenitale Ulcera mollia 316.
— 301.
Siedlecki, M., 479. 575.
*Siedlecki, M., und Krzysztalowicz, Fr., Über das Verhältnis des Entwicklungszyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen Krankheitsstadien 1.
— Über die Struktur und Entwicklung der Spirochaeta pallida Schaudinn 185.
— Beitrag zum Studium der Struktur und des Entwicklungszyklus der Spirochaeta pallida Schaudinn 296.
Siegel, J., Über Erzeugung sekundärer Impfsyphilis 145.
— Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis 148.
— 101. 140. 144. 145. 146. 147. 149. 186. 187. 207. 434. 435. 439. 478. 479. 576.
Siegfried 627.
—, A. 567.
Sieveking 520.
Sigmund 194.
Silberstein, Leo, Ein Fall von „Striae" nach Scharlach 369.
Silva Lama, da 367.
Simmonds, H., Die Spirochaeta pallida und die Diagnose der Syphilis congenita 700.
—, M., Über Frühformen der Samenblasentuberkulose 517.
Simon 452.
Simpson, E. C., Temporäre Glykosurie 590.
—, Frank E., Die Behandlung von Ulcus varicosum 19.
Singer, J. J., Gehirntumor syphilitischen Ursprungs 265.
Skene 351.
Skoda 672.
Slade-King, E. J., Fälle von Scharlachrezidiv 40.
Smith, Cincinnatus, Ein Fall von Ainhum 314.
—, A. L. H., und Smith, G. F. D., Ein Fall von kongenitaler Abnormität der Urogenitalorgane 501.
—, G. F. D., und Smith, A. L. H., Ein Fall von kongenitaler Abnormität der Urogenitalorgane 501.
Sneve, Haldor, Die Behandlung von Verbrennungen und Hautüberpflanzung 32.
Sobernheim, G., und Tomaszewski, E., Über Spirochaeta pallida 150.
—, Wilhelm, Ein Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften tertiärsyphilitischen Organerkrankungen 204.
Sörensen, Über sogenannte return cases bei Scharlach 40.
— 44. 45.
Soetbeer 587.
Soffiantini, Behandlung der Syphilis mit Mineralwassern 305.
Sokolow 632.

Solger, F. B., Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem 137.
— Die Ziele der Syphilisforschung in bezug auf die Vererbungslehre 346.
— Die Biologie der Vererbung und ihre Bedeutung für die Syphilisforschung 398.
Solon 276.
Sommelet, Henry, Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Extremitätengangrän (Maurice Raynaudsche Krankheit) bei Kindern 413.
Sonnenburg, Verbrennung (einschl. Blitzschlag) und Erfrierung 31.
Sorgius, W., und Levy, E., Über einen bei den Massenimpfungen einzuführenden Verband 101.
Sorgo 625.
Sorrentino 629.
Sotpczanski 2.
Southard, J. D., Die einfachste, leichteste und beste Methode zur Blasenspülung 508.
—, Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Thompson, Bancroft und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.
Souza, de, und Pereira, F. Gilberto, Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei akquirierter und kongenitaler Syphilis 182.
Sowinski, Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der gummösen Syphilis 204.
—, Zdzislaw, Einige Fälle ausgedehnter gummöser Affektionen am Gliede 499.
Speck, van den 55. 121.
Speranski, Eindrücke vom Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bern 556.
— Stand der experimentellen Syphilis und die Ätiologie derselben 696.
— 89.
Sperling 426.
Spiegel 254.
Spiegler, Mykosis fungoides 226.
— 282. 283.
Spieler, Fritz, und Leiner, Carl, Zum Nachweis der bazillären Ätiologie der Folliclis 560.
Spilling, E., 48. 121.
Spillmann, Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose 665.
Spinelli 206.
Spitzer, Ludwig, Ätiologische Therapie der Syphilis 141. 207. 438.
— 141. 142. 189. 438.
Sprague, F. B., Über Scharlach-Otitis 41.
Sprecher, Alopecia areata nach Trauma 369.
Springsfeld 597.
Sserébrennikowa 89.
Stabel, Kurt von, Über abscedierende blennorrhoische Epididymitis und deren Pathogenese und Ätiologie 603.
Stadler, Ed., Über Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das Erysipel 823.
Staffel 54. 122.
Stanislawski 24.
Stannius 470.
Stanziale, R., Die syphilitischen Veränderungen der Placenta 351.
Stassano 148.
Stefanescu, Die Behandlung der Blennorrhoe 604.
Stefanski 89.
Steffansky 104.
Stein, Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Ausstrich und im Gewebe 481.
— 208.
Steinborn, O., Extragenitale Primäraffekte 564.
Steindorff, Kurt, Cytorrhyctes oder Spirochaeta pallida 148.
Steiner, Ludwig, und Vörner, Hans, Zur Ätiologie der Prurigo 780.
—, Michael, Zur externen Behandlung Hautkranker 715.
Steinhaus 223.
Stelwagon, Henry W., Beobachtungen über den Gebrauch der X-Strahlen in der Dermatologie 25.
— 24. 341. 401.
Stenczel, Arpad, Erfahrungen bei Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen nach Welander 304.
Stephens, G. A., Calciumsalze bei Pernionen 726.
Stern, Verkalkung 483.
— 488.
— Referate 28. 31. 42. 79. 83. 90. 95. 105. 127. 130. 140. 151. 178. 185. 187. 193. 194. 202. 242. 244. 259. 265. 266. 300. 314. 324. 362. 400. 402. 414. 415. 420. 422. 425. 429. 493. 502. 509. 511. 516. 522. 523. 524. 527. 528. 568. 579. 585. 587. 589. 590. 591. 593. 599. 608. 646. 648. 661. 672. 674. 698. 700. 705. 707. 716. 721. 725. 727.
—, C. 270. 512.
—, Carl, Über Perforation der Harnblase bei Ausschabung derselben 508.
Sticker 93. 94. 686.
—, Anton, Infektiöse und krebsige Geschwulste an den Geschlechtsorganen des Hundes 357.
Still, G. F., Skorbut bei Säuglingen 725.
Stoerk, Oscar, Über Pankreasveränderungen bei Lues congenita 197.
Strassmann 688. 689. 690.
Straub 262. 629.

Strauss, Artur, Die Ausschabung der Harnblase des Mannes 428.
— Über Perforation bei Ausschabung der Harnblase 512.
— Referate 323.
— 270. 428. 508.
Strebel 270. 624. 630.
—, H., Über kombinierte Behandlung des Lupus 131.
— Die Aspirationsbehandlung der chronischen Blennorrhoe 287.
—, H., Ein neues Verfahren der unblutigen Zerstörung von Krebsgeschwülsten durch basale Mortifikation mittels technischer Starkströme 358.
Strominger, L., Einige Worte über die Behandlung der Syphilis mit grauem Öl 805.
Strub, Friedr., Über Bence-Jonessche Albuminurie 580.
Strubell 77.
Strong, Richard B., Überblick über einige tropische Hautulcerationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie 316.
Stukowenkow 556.
Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1904 99.
Suarez, L., Subkutane Ruptur der Niere, ihr Mechanismus 649.
—, M., Über einen seltenen Fall von Narbenkeloid 362.
Sugg, E., und Waele, H. de, Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe 100.
Sugget, O. Le Grand, Konstitutioneller Tripper 17.
Sultan 347.
*Sulton, Experimente über die Resorption durch die Haut 371.
Suquet, Einige Betrachtungen über einen Fall von Area Celsi. Heilung durch statische Elektrizität 573.
— Epithelioma cutis und Radiotherapie. Technik. Heilung bei fünf Fällen 652.
Suter 426.
Swieten, van 20. 106. 127.
Swisher, T. J., Karbolsäureverbrennung. Günstige Wirkung von Alkohol trotz später Anwendung 34.
Swoboda, Epidermolysis bullosa 235.
— Urticaria pigmentosa 235.
Sydenham 686.

Taconnet, G. G. N., Geschichte der Pockenepidemie im Charitékrankenhaus zu Lille im Jahre 1902—1903. Bemerkungen und klinische Tatsachen 96.
Taddei, Zur Frage der elastischen Fasern beim Narbenkeloid 363.
Taenzer 353.
Taliani, Keloid und Aknekeloid 575.
Talwik, S., Die Lepra auf der Insel Ösel. Eine epidemiologische Untersuchung 562.
Tamson 328. 341.
Tanaka, T., Zur Spirochätenfärbung im Syphilisgewebe 655.
— Statistische Untersuchung der Cystitis tuberculosa 655.
— 655.
Tansard, A., und Balzer, F., Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Instillationen von Höllenstein und nachfolgender Einführung eines Zinkbougies 249.
Tappeiner 628. 629.
Tardieu 686.
Tarnowsky 233. 234. 708.
Taussig, F. J., Ursache und Verhütung der postoperativen Cystitis 429.
Taylor, H., und Johnson, A. G., Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra eines Mannes 424.
Taylor, Robert W., Entwicklung der syphilitischen Initialläsion oder einander folgender syphilitischer Schanker 21.
— Über hereditäre Syphilis 192.
— Die Entwicklung multipler, aufeinander folgender syphilitischer Veränderungen und die Pathologie der Syphilis 646.
—, Wesley E., und Ballenger, Edgar G., Ein vorläufiger Bericht über die Spirochaeta pallida 186.
Teissier, J., Einteilung und pathogenetische Bedeutung der orthostatischen Albuminurien 247.
— 580. 581.
Telatizky, R., Über die Cytologie der durch Vesikantien hervorgerufenen Flüssigkeit und deren diagnostischer Wert 673.
Tenney, Benjamin, Melville, Henry, und Chase, Mortalität nach Prostatektomie 526.
Terrien, Felix, Die Syphilis des Auges und seiner Adnexe 411.
Terry, Herbert, Was einem Neuling bei der Ausführung der suprapubischen Cystotomie begegnen kann 18.
Terzaghi, Bläschenförmige tuberkuloide Eruption 575.
Theodor 686.
Théodoroff, G., Exantheme nach Seruminjektionen 718.
Thesing, Curt, Spirochäte, Spironema oder Spirillum? 149.
— Spirochaeta pallida und die Syphilis 149.
— 147. 150.
Thibierge, Georges, Über Spirochaeta pallida Schaudinn als Erreger der Syphilis 86.

Thibierge, Georges, Die Differentialdiagnose des syphilitischen Schankers 138.
— Die Spirochaeta pallida Schaudinn 188.
— 15.
Thiersch 683.
Thièry, Emile, Über die Bedeutung der unentgeltlichen Konsultationen nebst Verordnung in der Syphilisprophylaxe 686.
Thies, Anton, Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe 681.
Thimm, P., Über erworbene, progressive, idiopathische Hautatrophie 392.
Thiroux und d'Anfreville, Über die Behandlung von Tumoren des Hodensacks in den warmen Ländern 504.
Thomalla, R., Onanie in der Schule, deren Folgen und Bekämpfung 174.
Thomas, Joseph, Die Glandula vestibularis major (Bartholini) beim Menschen 597.
Thompson 426.
Thompson, A., Lepra in Neu-Süd-Wales im Jahre 1904 104.
—, R. L., Councilman, Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Bancroft und Calkins 97.
Thomson, W., Auslösung der Prostata wegen Hämorrhagie 526.
— Eine weitere Serie von Enukleationen der Prostata 526.
Thresh, J. C., Über Raupenausschlag 726.
Thursfield, H., Enuresis und deren Behandlung 504.
Thymann 682.
Tibault 209. 210. 223.
Tibbles, W., Morbus Addisonii 365.
Tidswell, F. 104.
Tièche, Blaue Naevi 208. 492.
Tiecke 452.
Tigerstedt, R. 707.
Titomanlio, Die Kakodylsäure bei der Behandlung des Morbus Addisonii 366.
Titschack, Fritz, Zur Kasuistik des Malum perforans pedis mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Anlage 37.
Tobler, Phosphaturie und Calcariurie 587.
Török, L., Über Herpes simplex recidivans mit atypischer Lokalisation 37.
— Wesen und Pathogenese der Hautveränderungen bei Sklerodermie 414.
Toff, E., Referate 94. 140. 187. 188. 268. 305. 316. 417. 667. 714. 720.
Tollens 587.
Tomaszewski 478.
—, E., Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis 700.
Tomaszewski und Erdmann, E., Über neue Haarfärbemittel 490.
— und Sobernheim, G., Über Spirochaeta pallida 150.
Toupet, Jacques, Über die Eröffnung von Prostataabscessen auf perinealem Wege 526.
Toyama, J., Über die Urticaria pigmentosa 399.
— Über eine schuppende, pigmentierte, kreisrunde Hautaffektion 655.
— Noch einmal über Erythema induratum Bazin 655.
Trapenard, Leukoplakie und Syphilis 258.
Trautmann, G., Zur Lehre des Lichen ruber pemphigoides 287.
Trendelenburg 319.
Treplin, Über die Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentumoren 511.
Tribondeau 328. 329. 330. 331. 332. 334. 341.
Trimbach, Robert, Über die Veränderungen des Blutes bei Syphilis in behandeltem und unbehandeltem Zustande 260.
Trimble, William B., Naevus pilosus pigmentosus und andere Hautveränderungen behandelt mit flüssiger Luft 417.
Trommer 587.
Trousseau 93. 686.
Truffi, Mario, Veränderungen der Brustdrüse beim Manne im Verlaufe blennorrhoischer Affektionen 297.
— Folliculitis staphylogenes vegetans 352.
— Über den Zustand des Knochenmarks bei den Pemphiguskranken 499.
Truman, C. A. P., Ein Fall von angioneurotischem Ödem 717.
Tschlenow, und Gabritschewsky, Syphilisüberimpfung auf Affen 556.
Tschuprina, Zur Ätiologie des Pemphigus acutus neonatorum 313.
Tsutsui, Ih., Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum 399.
Türk 262.
Türkheim, J., Referate 29. 83. 176. 246. 251. 409. 569. 702.
— 548.
Tuffler, Theodor, Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Frankreich 732.
Turazza, Über einen Fall von Varicen der Cruralgegend 368.
Turner, Dawson, Der elektrische Widerstand des Blutes und des Urins als Kriterium der funktionellen Leistungsfähigkeit der Niere 588.
Tyrman, Josef, Echinococcus cysticus multiplex der Leber. Recente Lues. Operation. Heilung 255.

Tyzzer, E. E., Histologie der Hautveränderungen bei Varicellen 95.
—, und Brinckerhoff, Walter R., Experimentalstudien über Variola und Vaccinia bei Vierhändern 102.
— —, Councilman, Magrath, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins, Untersuchungen über die Pathologie und Ätiologie der Variola und der Vaccine 97.

Uhlich, Über einen Fall von akutem Bromexanthem bei Morbus Basedowii 718.
Uhthoff 434.
Ula 552.
Ullmann, Familiäre symmetrische Vitiligo 226.
— Epidermolysis traumatica congenita 226.
— Trichophytia capillitii 226.
— Hypersensibilität, Alopecia areata 226.
— Alopecia areata, Erythem 226.
— Symmetrische Vitiligo 235.
— Schwellung des Handrückens mit Atrophia cutis 235.
— Lupus erythematosus 235.
—, Karl, Über Ursachen der Hartnäckigkeit der Blennorrhoe beim Manne 599.
— Über Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut und der Geschlechtsorgane 677.
— 230. 235.
Ultzmann 284. 285. 286. 426. 511.
Unna, P. G., Über die Pathologie und Therapie der Lepra 125.
— 19. 47. 49. 52. 53. 55. 57. 58. 59. 112. 119. 121. 122. 124. 131. 155. 156. 157. 163. 164. 165. 166. 167. 169. 202. 245. 269. 307. 334. 335. 340. 341. 351. 353. 358. 370. 371. 376. 451. 453. 454. 466. 467. 470. 493. 547. 611. 623. 632. 633. 643. 657. 662.
Urata, Tada, Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Credéschen Tropfens 601.
Urbanowicz, Bericht über Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen, angestellt durch O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz 567.
Urueña, Gonzales, Beobachtungen über Lues in Mexiko 558.
Ury, Beitrag zur Kasuistik der Erythromelalgie 730.

Valentine 425. 503.
Valentino, Charles, Die eheliche Hygiene bei den Hindus 249.
Vallentin, Ernst, Ein Fall von totalem Nasen-Rachenverschluſs durch Lues maligna 203.
Vallois, Léon, Einige Betrachtungen über syphilitische Erscheinungen an den langen Knochen Neugeborener 407.
Variot, Die syphilitische Osteoperiostitis 255.
Varney, H. Rockwell, Die Anwendung von Röntgenstrahlen in der Behandlung der Acne vulgaris 18.
Vasilescu 187.
Vaquez 581.
Veiel, Urticaria perstans 482.
— 478. 632.
—, Th., Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebenniere 15.
—, und Veiel, F. 270.
Venus, Ernst, Zur Orientierung des praktischen Arztes über die Anwendung und Erfolge der Stauungshyperämie 678.
Venzke, Johannes, Beitrag zur Kenntnis der Scharlach-Nephritis 43.
Veratti, E., Untersuchungen über den Ursprung der Plasmazellen 657.
Verchère 350.
*Veress, Franz v., Bemerkung auf Dr. Löblowitz' Artikel 695.
— Über Lupus vulgaris postexanthematicus 107.
— Über Pellagra mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ungarn 560.
Verrotti, Über einen Fall von frühzeitiger syphilitischer Nephritis mit Hydropericard 207.
Versé, M., Über Periarteriitis nodosa 264.
Vesescu, M., Zwei Fälle von Myiasis externa 416.
— Das Albargin in der Behandlung der Blennorrhoe 605.
Veyron 479.
Vibert, Ch., Die traumatische Hodenentzündung 519.
Vidal 449. 547. 656.
Vieth, H., und Ehrmann, O., Die Nebenwirkungen der Balsamica 710.
— 270.
Vigo, Jean de 134.
Vincent 250. 399. 686.
Vinci, Leonardo da 697.
Virchow 286.
Völcker, F., und Lichtenberg, A., Die Form der menschlichen Blase 424.
Voelker 77.
Vörner, Hans, Urticaria depressa 567.
—, und Steiner, Ludwig, Zur Ätiologie der Prurigo 730.
Vogel, Julius, Was leistet die Cystoskopie und wie weit muſs der praktische Arzt mit dieser Untersuchungsmethode vertraut sein 503.

Vogel, Julius, Über Hämaturien 583.
Voigt, Leonhard, Beitrag zur Frage des Impfschutzes und der Schulhygiene 101.
Volk, Richard, Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen 317.
—, R., und Kraus, R., Syphilis- und Variola-Vaccineversuche an Affen 437.
— 207.
Volkmann 368.
Voller 689.
Vollmer, E., Uber originäre Kuhpocken beim Menschen 642.
Volpino, G., Bertarelli, E., und Bovero, R., Untersuchungen über die Spirochaeta pallida Schaudinn bei Syphilis 190.
Voss, von, Die Beteiligung stehengebliebener Drüsen- und Haarbalgreste an der Epidermisierung bei Defekten der Epitheldecke 667.
Vrain, Albert, Zum Studium der Prostatektomie (operative und klinische Resultate) 525.

Wachenheim, Frederick L., Die Behandlung von Intertrigo bei Kindern 18.
Waele, H. de, und Sugg, E., Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe 100.
Waelsch, Ludwig, Bemerkung zu der Mitteilung von Prof. L. Merk „Über den Cytorrhyktes luis (Siegel)“ 146.
— Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus) 421.
— 128. 341. 870.
Wagner 262. 722.
—, B., Die quantitative Zuckerbestimmung im Harn und ihre klinische Bedeutung nebst Beschreibung eines neuen Gärungsapparates, „Gärungs-Saccharo-Manometer“ 591.
— 590.
Wahrer, C. F., Einige wichtige Grundsätze bei der erfolgreichen Syphilisbehandlung 404.
Waldeyer 47. 121.
Walker, J. W. Thomson, Der Zustand der Urethra nach Prostatektomie 526.
Wallerstein, P. S., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Harncylinder 594.
Wallhauser, H. J. F., Ein Fall von Lichen planus mit Kombination zweier seltener Formen dieser Affektion 20.
Walsh 20.
Walther 224.
Ware, Martin W., Operative Behandlung des Kryptorchismus 19.
Warfield, Bericht über einen Fall von Lues hereditaria tarda 199.
Wassermann 228. 229. 721.
Watter 362.
Weber 686.
—, Leonhard, Syphilis und Langlebigkeit 403.
Wechselmann, Erythrodermie, Pseudoleukämie 13.
— Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere 149.
— 319.
Weclewski, Thaddäus, Über die Anwendung des 10%igen Jodipins bei skrophulösen Erkrankungen 107.
Wehmer, Medizinalkalender 1907.
Wehnelt 288.
Weichselbaum, Anton, Über die Ätiologie der Syphilis 140.
— 439. 488.
Weidenfeld, Pigmentsyphilis 225.
— Lichen ruber planus 225.
— Anetodermia maculosa 226.
— 231.
Weidenreich 72. 398. 662.
Weigert 593.
Weight, W., Der Ausschlag bei Meningitis cerebrospinalis 720.
Weill, M., Untersuchungen über die Häufigkeit und die Bedeutung der syphilitischen Pigmentationen des Halses im Verlaufe der Schwangerschaft 264.
Weinberger 582.
Weinstein, Arthur, Über eine von der Hinterwand der Pars prostatica urethrae ausgehende in die Blase vorragende Cyste mit Einmündung eines am renalen Ende atretischen, rechten, überzähligen Ureters in sie 506.
Weir 686.
Weischer, Über die Wundbehandlung nach Transplantationen 683.
Weiss, Eduard, Beitrag zur Messung der Hauttemperatur 661.
—, Arthur, Ein Fall von Fremdkörper der Urethra mit Sequestrierung eines Teiles der letzteren 505.
—, Otto 707.
Weitlauer, Franz, Noch einiges über die Spirochaeta pallida 182.
Welander, Eduard, Über Wärmebehandlung des Ulcus molle 316.
— 304. 389.
Welch 263. 686.
Welfeld, Joseph, Psoriasis 19.
Wellmann, F. C., Kritik über einige Theorien der Ätiologie von Gaundau und Ainhum 367.
Welmer 334. 341.
Wende, Grover William, Alopecia areata in Gesellschaft von Nagelveränderungen 22.

Wende, Grover William, Erythema perstans, mit Bericht über zwei Fälle mit ringförmigen Effloreszenzen 125.
— und Bentz, Charles A., Infektiöse Dermatitis gangraenosa 698.
Wendel 426. 427.
Werlhof 686. 723. 724.
Westphal, Eug. 47. 48. 50. 53. 54. 121.
Wetterstrand 635.
White, James Charles, Über Meralgia paraesthetica 80.
— 732.
— und Burns, Frederick, Die Entwicklung eines Falles von Mycosis fungoides unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen 82.
— 209. 210. 211. 213. 223.
Whiteside, George S., Mütterliche Syphilis 138.
— Wie sollen wir das Volk bezüglich der Geschlechtskrankheiten belehren? 732.
*Wichmann, Paul, Zur Radiumbehandlung des Lupus 687.
— Ein technischer Beitrag zur Finsentherapie nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung 131.
— 270. 689.
Widal, Fernand, Die kochsalzarme Diät 248.
— 95. 571. 581.
Wiedel, Paul, Über einen Fall von geschwürig zerfallenem Gumma im Kehlkopf bei einem kongenitalsyphilitischen Kinde von sechs Monaten 258.
Widenmann 659.
Wild, A., Ein Beitrag zum Raffinement der Masturbation 615.
—, Robert B., Einige klinische Betrachtungen über Syphilis 78.
Wildt, Gero, Über kongenitale Divertikelbildung der kindlichen Blase mit konsekutiver Hydronephrose 509.
Wildbolz, Hans, Malakoplakie der Blase 207. 488.
— Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 522.
Wilkinson 613. 614.
—, Brookman, Die Lepra auf den Philippinen, deren Behandlung mit X-Strahlen 104.
Willan 451. 452. 453.
Willard, W. P., und Krotoszyner, Aseptisches Katheterisieren der Harnwege 419.
Williams, Ennion G., Die Röntgenstrahlenbehandlung von Lupus 19.
—, Winkelried, und Bushnell, F. G., Kurze Bemerkung über die verminderte Phagocyteneigenschaft der eosinophilen Blutzellen in einem Falle von Dermatitis herpetiformis 79.
Wills, W. Kenneth, Wieweit werden die Schutzfunktionen der Haut durch künstliche Bedeckungen verändert? 17.
Wils 365.
Wilson, E. 209. 452. 470. 715.
Wiman, Hereditäre Lues 389.
Winer 276.
Wingate, Uranus O. B., Syphilis des Nervensystems 648.
Winkler, Tuberkulid 225.
— Spirochätenfärbung im Gewebe 481.
— Die Lebensfähigkeit der Gonokokken im Trippereiter 486.
— 14. 488.
*—, Ferdinand, Der gegenwärtige Stand der Phototherapie 617.
—, Max, Beitrag zur Frage der Sarkoide (Boeck), bezw. der subcutanen nodulären Tuberkulide (Darier) 574. 654.
Winokuroff 89.
Winternitz 632. 661.
Wirz 471. 474.
Witherspoon 598
Witzel 367. 684.
Wittlin 619.
Wlassijewsky 89.
Wohlauer, R., Dem Andenken Max Nitzes 394.
— Hämaturie durch Hefewirkung 563.
Wolf, C. G. L., Marriott, W., und McKim, Cystinurie 582.
Wolff, Ein Fall von Blasenlähmung infolge Verletzung der Cauda und des Conus medullaris 565.
—, A. 48. 52. 55. 122. 395. 433.
—, Elise, Die Herstellung von Dauerpräparaten aus Harnsedimenten 588.
Woloschin, Zur Frage der syphilitischen Aortitis 262.
Wolter, O. L., Ist Syphilis oder Quecksilber verantwortlich bei der Ätiologie der progressiven Paralyse und Tabes dorsalis 266.
Woodcock, Louisa, Ein Fall von Rotz 306.
Woods 593.
Woodhead, G. Sims, Die Pathologie der Hautkrankheiten in der Vergangenheit und in der Gegenwart 669.
Woodward, J. H., Ein Fall von Gesichtsepitheliom, behandelt mit dem Galvanokauter, mit Röntgenstrahlen und mit Exzision 360.
Wossidlo 284.
Wrede, Ausscheidung von Bakterien durch die Schweifsdrüsen 668.
Wright 726.
—, James Homer, Der Ursprung und die Natur der Blutplättchen 672.
— und Poyntz, T., Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz 645.
Wulff, P., Über einen Fall von inkompletter Ureterenverdoppelung 645.

Wyatt, Bernard L., Bericht über eine Masernepidemie in Mexiko 90.
Wylie, D. Baldwin, Blennorrhoische Ophthalmie der Neugeborenen 18.
Wynn, Frank B., Drei Fälle von Hauttuberkulose mit ungewöhnlichen Erscheinungen, geheilt mit X-Strahlenbehandlung 19.
— Plexiformes Neurofibrom 364.

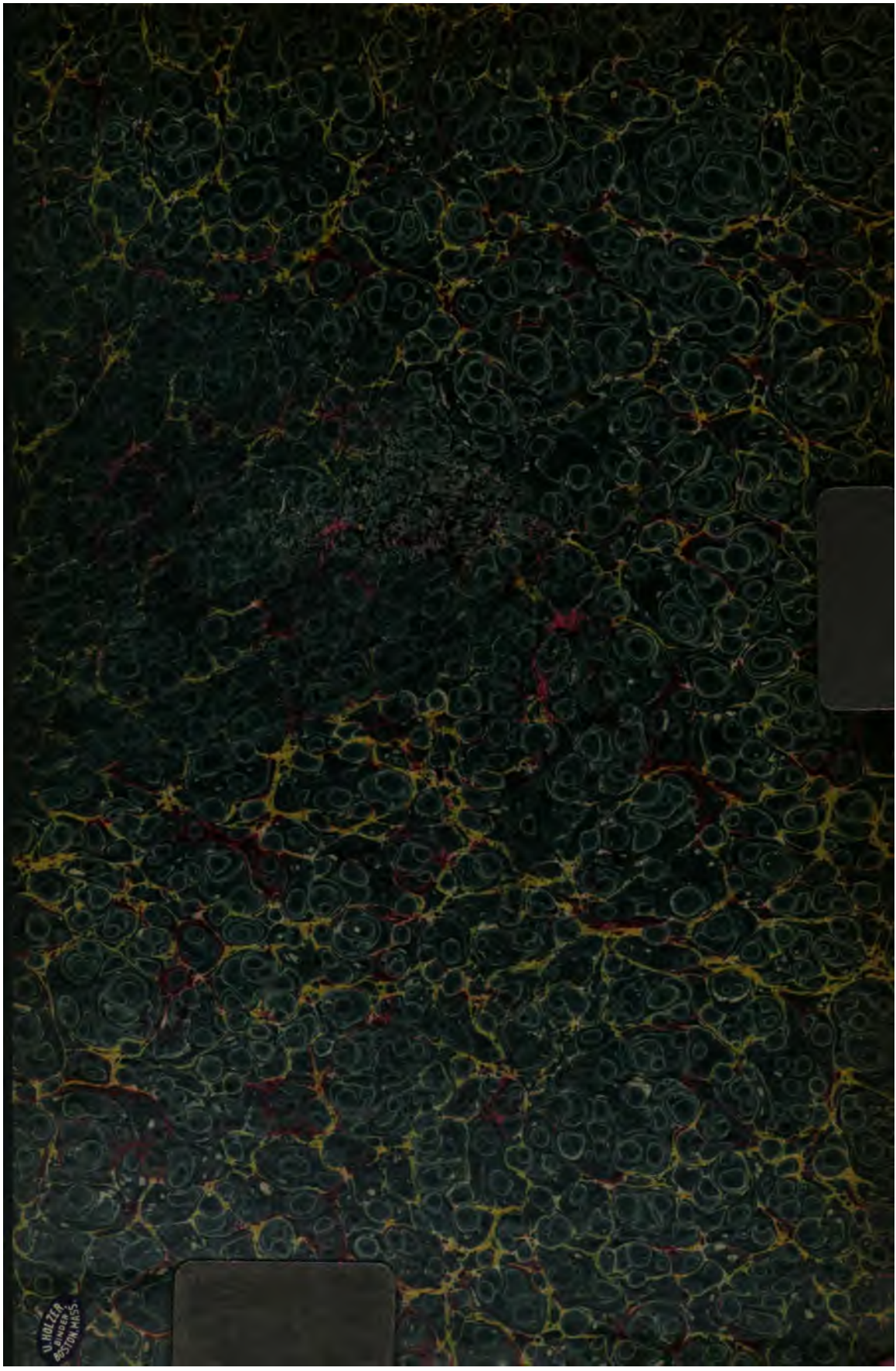
Young, Hugh H., Die Frühdiagnose und Radikalheilung des Prostatacarcinoms. Bericht von fünf Fällen und Schilderung der Radikaloperation 524.

Zabolotny, Experimentelle Syphilis bei Pavianen 481.
— 435. 575.
Zacco, Francesco, Eine neue dreiläufige Harnröhrenkanüle 292.
Zacharias, Narbenkeloid nach Laparotomie 362.
Zagel 686.
Zambaco-Pascha, Über die Heredität der Lepra 557.
Zamblanchi, A., Erythromelie 264.
Zedlewski, Über die Infektiosität des Gumma 203.
Zeiss 597.
Zeissl, M. v., Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung 205.
— Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis 301.
Zelenew 210.
Ziehen, Th., Syphilitische Erkrankungen im Bereiche der hinteren Schädelgrube 264.
Zieler, Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen 315.
— 623.
Ziemann 1.
Zikmund, K., Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Coitusverletzungen 596.
Zimmermann 491.
Zittmann 257. 499.
Zollikofer 486.
Zorn, N., Wirkung des Gonosans 565.
— Zur Behandlung der Neurasthenia sexualis 565.
Zuccola und Conti, Über die feine Lokalisation des Quecksilbers im Organismus 713.
Zuckerkandl, O., Über Prostatahypertrophie 520.
Zumbusch, Lepra 227.
— Lepra maculo-tuberosa 227.
— Lepra maculosa 227.
— Pemphigus 231.
— Xeroderma pigmentosum 231.
— Pemphigus pruriginosus 236.
— Bromakne 236.
— Ichthyosis 236.
— Mykosis fungoides 236.
— Pemphigus der Mundschleimhaut 237.
— Keratoma hereditarium palmare und plantare 237.
Zuppinger, C., Zur Serumtherapie des Scharlachs 87.
Zwonitzky, N., Über den Einfluss der peripheren Nerven auf die Wärmeregulierung durch die Hautgefäfse 660.

41C 1608

~~41~~

~~3411~~


V. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.